

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM PSICOLOGIA**

CARINE ANTONIA KREMER

**MEDICALIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM: MUDANÇAS NA
VIDA DE UMA CRIANÇA**

PORTO VELHO - RO

2016

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM PSICOLOGIA**

CARINE ANTONIA KREMER

**MEDICALIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM: MUDANÇAS NA
VIDA DE UMA CRIANÇA**

Defesa de Dissertação apresentada à Universidade Federal de Rondônia como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação – Mestrado Acadêmico em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia Escolar e Processos Educativos.

Orientador: Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

PORTO VELHO – RO

2016

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

K923m

Kremer, Carine Antonia

Medicalização dos transtornos de aprendizagem: mudanças na vida de uma criança./Carine Antonia Kremer, Porto Velho, Rondônia, 2016.
102f.

Orientador: Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fundação Universidade Federal de Rondônia /UNIR, Porto Velho, 2016.

1. Medicalização. 2. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. 3. Escola. I. Matos, Luís Alberto Lourenço. II. Fundação Universidade Federal de Rondônia. III. Título.

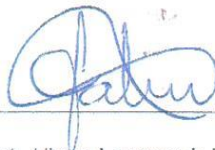
CDU: 376

Bibliotecário Responsável: Fernando Silva de Almeida CRB 11/965

**MEDICALIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM:
MUDANÇAS NA VIDA DE UMA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Acadêmico – MAPSI, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos
Presidente (Orientador)
MAPSI – UNIR



Dra. Carla Biancha Angelucci
Membro Externo
EDF/FE - USP



Dra. Iracema Neno Cecílio Tada
Membro Interno
MAPSI - UNIR

Dissertação aprovada em: 22/08/2016.

*Aos meus pais Antonia e Anesio e meu companheiro Alan, que me
incentivaram a lutar nessa importante jornada.*

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação traz relatos de uma história de esforço e dedicação, sendo construída também com base nisso, ESFORÇO E DEDICAÇÃO de todos que participaram desse trabalho. Os caminhos que levaram à conclusão foram por vezes tortuosos, portanto, como tudo que se conquista com muita luta, nos trás o doce sabor da vitória.

Venho aqui prestar os meus mais sinceros agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos, por ter caminhado comigo esses meses, pela dedicação enorme, trabalhando incansavelmente. Foi professor, orientador e amigo, acreditando sempre em nosso trabalho.

Aos meus pais Antonia e Anesio, por tudo que fizeram e fazem por mim, por serem eles meu exemplo de vida e a razão de minhas lutas.

Ao meu esposo Alan Cristian, amigo para todas as horas, que sempre esteve ao meu lado, por acreditar em mim, fazendo-me persistir sempre.

Aos “amigos do escritório” que me desculpem pela ausência, especialmente Mara Livia, Flávio, Gustavo e a pequena Luísa, a mais nova integrante da família, que foram peças fundamentais para que esse trabalho se tornasse possível, que me acolheram em sua casa e me permitiram fazer parte dessa bela família, muito obrigada!

Às integrantes da banca Dra. Iracema Tada e Dra. Carla Biancha pelas valiosas contribuições, que muito auxiliaram na construção e finalização do trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia, especialmente à professoras Dra. Iracema Tada, que desde os primeiros passos no programa de mestrado, depositou sua confiança em mim, inspirando-me a prosseguir, e à Dra. Vanderleia Schlindwein pela compreensão e força descomunal que prestou-me nos últimos meses.

Aos colegas da turma 2013, especialmente Suzana, Anatália, Aryanne, Lidiane e Eraldo que sempre deram força, fizeram companhia nos bons e maus momentos, estarão para sempre em minha memória.

Aos colegas de trabalho, particularmente: Nayara Ramalho, Marinelce Calegário, Maria de Lourdes, Marta Izabel, Maria das Neves e Marcia por todo apoio e compreensão. A equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a equipe do Centro Municipal de Autismo, sem vocês a realização desse projeto se tornaria muito mais difícil.

Aos participantes da pesquisa, pela presteza em expor suas histórias e a confiança depositada em meu trabalho.

À clínica Escola de Psicologia, por abrir as portas para a realização desse trabalho, incentivando o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso Estado.

Ao técnico em assuntos educacionais Antenor Alves Silva, por todo apoio prestado, por transmitir paz e tranquilidade durante seu atendimento.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que essa pesquisa tomasse forma.

MUITO OBRIGADA!

*Sou um animal sentimental
Me apego facilmente ao que desperta o meu desejo
Tente me obrigar a fazer o que não quero
E cê vai logo ver o que acontece
Acho que entendo o que você quis me dizer
Mas existem outras coisas*

*Consegui meu equilíbrio cortejando a insanidade
Tudo está perdido, mas existem possibilidades
Tínhamos a ideia, mas você mudou os planos
Tínhamos um plano, você mudou de ideia
Já passou, já passou, quem sabe outro dia*

*Antes eu sonhava, agora já não durmo
Quando foi que competimos pela primeira vez?
O que ninguém percebe é o que todo mundo sabe
Não entendo terrorismo, falávamos de amizade*

*Não estou mais interessado no que sinto
Não acredito em nada além do que duvido
Você espera respostas que eu não tenho mas
Não vou brigar por causa disso
Até penso duas vezes se você quiser ficar*

*Minha laranjeira verde, por que está tão prateada?
Foi da lua dessa noite, do sereno da madrugada
Tenho um sorriso bobo, parecido com soluço
Enquanto o caos segue em frente
Com toda a calma do mundo*

Sereníssima (Renato Russo)

KREMER, Carine Antonia. **Medicalização dos transtornos de aprendizagem:** mudanças na vida de uma criança. 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, 2016.

RESUMO

A medicalização de transtornos de aprendizagem está presente na vida de crianças e adolescentes em larga escala. Muitos são os casos em que problemas de cunho histórico, político e social são reduzidos e transformados em doença. Dessa forma, esta dissertação é fruto do estudo de caso de uma criança de oito anos que recebeu diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a qual faz acompanhamento neurológico, psicológico e consome Ritalina diariamente. O objetivo geral do estudo foi analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização, e os objetivos específicos: compreender como se dá o processo de diagnóstico dos transtornos de aprendizagem e compreender o significado atribuído pela família e pela escola à medicalização dos transtornos de aprendizagem. Para obtenção dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a criança, sua mãe e sua professora, as quais foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A análise dos dados encontrados resultou em quatro categorias: O Processo Diagnóstico: Transformando em Doença; Tratamento do TDAH: A Busca de uma Fórmula Mágica; Consequências da Medicalização na Vida de Fabiano e Escola e o Processo de Medicalização. Os resultados revelaram que o rótulo mudou a vida da criança, de sua família e também causou alterações no ambiente escolar, pois com as supostas dificuldades levantadas pela escola, a criança foi levada aos profissionais da saúde e enquadrada em uma classificação diagnóstica. O laudo de TDAH justifica o não aprender e a indisciplina, fazendo com que a qualidade do ensino oferecido na escola não seja questionada e que, inicialmente, a criança seja deixada de lado nas atividades escolares. A mãe e a professora acreditam que os profissionais da saúde e a medicação irão resolver os problemas como num passe de mágica e, quando isso não acontece surge a frustração e o sentimento de impotência. No entanto, a sujeição ao saber médico impede que ambas as partes tenham críticas mais sérias ao diagnóstico ou ao subsequente tratamento, ainda que em alguns momentos coloquem em dúvida a eficácia do mesmo.

Palavras-chave: Medicalização. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Escola.

KREMER, Carine Antonia. **Medicalization of learning disorders:** changes in a child's life. In 2016. 96 f. Dissertation (of master's degree) - Postgraduate Master's Program Academic in Psychology, Federal University of Rondônia, Porto Velho, Rondônia, 2016.

ABSTRACT

The medicalization of learning disorders is present in the life of children and teens in large scale. Many are the cases which problems of historical, political and social nature are reduced and transformed into disease. So, this dissertation is the result of de case study about an eight years old child, which received a disorder attention deficit and hyperactivity (TDAH) diagnosis. This child is in neurological and psychological monitoring and takes Ritalina every day. The general objective of the study was to analyze the changes resulting from the medicalization of learning disorders in a child in educational process, the specific objective: understand how is the diagnosis process or of learning disorders and understand the meaning assigned by family and school at learning disorders medicalization. To obtain the data was made semi-structured interviews with the child, her mother and her teacher, which were recorded in audio and transcribed later. The data found analyses resulted into four categories: The Diagnostic Process: Turned into Disease, TDAH treatment: The Search for a Magical Formula, Consequences in Fabiano's Life, and Scholl and the Medicalization Process. The results showed that the label change the child's, and her family's lives and also caused alterations in the school environment, because with alleged difficulties raised by school, the child was sent to health professionals and put in a diagnosis classification. The TDAH report justifies the not learning and indiscipline, making the quality education offered by school is not questioned and, at first, the child is put aside in the school activities. The mother and the teacher believe that the health professionals and the medication will solve the problems how a magical pass and, when it does not happen comes the frustration and impotence feeling. However, the subjection to medical knowledge prevents both to do more serious criticism to the diagnosis, the subsequent treatment. Although, at times put in doubt the effectiveness of the same.

Keywords: Medicalization. Disorder of deficit attention and hyperactivity. School.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EEG – Eletroencefalograma

EUA – Estados Unidos da América

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAEB – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica

SNAP IV – Escala Objetiva de Swanson, Noman e Pelhan

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WISC – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Critérios Diagnósticos do TDAH: Segundo DSM V	25
QUADRO 2 – Anos Iniciais do Ensino Fundamental.....	35
QUADRO 3 - Anos Finais do Ensino Fundamental.....	35

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA EDUCAÇÃO	15
2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH	23
3 A EDUCAÇÃO BRASILEIRA: DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM	31
3.1 O Cenário Educacional	31
3.2 Analisando o IDEB: 2005 a 2013	34
3.3 A Visão da Psicologia Sobre a Escola	36
4 MÉTODO	38
4.1 Participantes	40
4.2 Instrumentos	40
4.3 Trajetória ao Campo	41
4.4 Processo de Análise	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 O Processo Diagnóstico: Transformando em Doença	44
5.2 Tratamento do TDAH: A Busca de uma Fórmula Mágica	56
5.3 Consequências da Medicalização na Vida de Fabiano	64
5.4 Escola e o Processo de Medicalização	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	90
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	91
APÊNDICES	93
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com a Mãe	94
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com a Professora	95
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com a Criança	96
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Responsável (eis)	97
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Profissionais da Escola	99
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/responsável Autoriza Participação da Criança	101

INTRODUÇÃO

Com frequência casos de supostas dificuldades na escola são encaminhados às clínicas médicas e psicológicas, processo que vem transformando crianças em idade escolar em potenciais consumidores de medicamentos e tratamentos psicológicos, neurológicos e psiquiátricos. A instituição escola tem adotado, segundo Patto (2010, p.71), algumas “práticas manicomiais”, estigmatizando, rotulando e oprimindo seus alunos, com o aval de alguns profissionais da medicina e da psicologia.

Algumas questões de cunho histórico, político e social, são transformadas em doenças de indivíduos, os problemas complexos do meio educacional são reduzidos a supostos problemas orgânicos de uma criança específica. Quando isso ocorre, não se abre espaço a reflexão sobre os processos pedagógicos em uso ou sobre a qualidade da educação que vem sendo oferecida. O saber pedagógico se sujeita ao saber médico, na busca de justificar o não aprender pela via orgânica.

Os profissionais citados acima que recebem os encaminhamentos, por sua vez, encontram dificuldades de atuação no que tange aos transtornos de aprendizagem. Sapia (2013) escreve sobre a formação dos neurologistas e a maneira como realizam o diagnóstico dessas crianças. Em sua dissertação fica claro que na grade curricular da medicina inexistem conteúdos que tratem de transtornos de aprendizagem, portanto, atuam no mais completo despreparo. Para lidar com os encaminhamentos de crianças com dificuldades na escola, lançam mão de práticas clínicas de diagnóstico de doenças orgânicas, que são adaptadas para o diagnóstico de transtornos de aprendizagem, com base no que está prescrito no DSM V e no CID 10.

Do mesmo modo, os psicólogos clínicos são incumbidos de desvendar problemas que na maioria dos casos são de cunho pedagógico, assim como se espera dos psicólogos escolares uma atuação clínica e, portanto, individual dentro das escolas. Souza (2000), em pesquisa com professores da rede pública de ensino de São Paulo, fala do quanto a formação dos profissionais da psicologia busca justificar o suposto fracasso escolar ora por meio de aspectos apenas pedagógicos, ora por aspectos relativos ao desenvolvimento do indivíduo, criticando a própria criança e sua família, ou a atividade do professor.

A crítica à atuação clínica do psicólogo escolar vem tomando forma, esse viés de atuação dentro da escola chega a ser considerado responsável pelo processo de psicologização da educação. Na medida em que surgem as críticas sobre os pressupostos de atuação dos psicólogos, seu modelo clínico de atuação e a produção do fracasso escolar, fica clara também

a necessidade de mudanças dos processos tradicionais de avaliação, diagnóstico e formação, pois os cursos de psicologia e pedagogia ainda trabalham com análises um tanto quanto psicologizantes (MEIRA, 2000).

Do mesmo modo, em Rondônia os cursos de formação priorizam as disciplinas de caráter clínico que caracterizam a maior parte da carga horária, sendo assim, a criança encaminhada com queixa escolar é enquadrada em termos de normalidade e anormalidade, deixando de lado, na maioria dos casos, as nuances do funcionamento escolar que estão diretamente ligadas à queixa escolar (TADA; SÁPIA; LIMA, 2010).

Com base no número de diagnósticos, o Brasil é apontado como o segundo maior consumidor do mundo da substância Cloridrato Metilfenidato, que é comercializada com o nome de Ritalina LA e Concerta, estando atrás apenas dos EUA considerado o maior usuário da droga (D'ALAMA, 2012). D'Alama (2013), analisando os dados da Pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que aponta um aumento de 75% do consumo desse medicamento, entre os anos de 2009 a 2011, sendo os usuários crianças entre 6 e 16 anos de idade. Assustadoramente, levantando-se o número por região, o Estado de Rondônia aparece como um dos maiores consumidores da droga no país (D'ALAMA, 2012).

Com base no discorrido acima, tem-se um panorama de como têm sido tratados os casos de problemas na escolarização, ou seja, diagnosticando e, conseqüentemente, medicalizando crianças com transtornos de aprendizagem. Nessa perspectiva, pesquisar o tema da medicalização dos transtornos de aprendizagem é de extrema relevância para a educação e também especificamente para a área da psicologia educacional e processos educativos que constitui a linha de pesquisa do Programa de Mestrado em Psicologia (MAPSI), na qual esta pesquisa se encontra inserida. Além disso, é crucial o desenvolvimento de pesquisas sobre esse assunto no Estado de Rondônia que ainda é uma região carente de trabalhos científicos em relação ao tema abordado. É necessário o desenvolvimento de estudos sobre o tema, considerando-se que o estado de Rondônia é um grande consumidor da droga Ritalina, e que se pense em formas alternativas de lidar com a situação.

O interesse pelo tema surgiu ao final da graduação em psicologia, tendo em vista o amplo número de crianças que procuravam a clínica escola da faculdade, as queixas trazidas eram variadas, incluindo supostas dificuldades de aprendizagem, dislexia, TDAH, agressividade e indisciplina, o que pode ser percebido por meio da leitura dos prontuários fornecidos pela clínica. Partindo de um pressuposto crítico, buscou-se pensar porque tantas crianças estavam recebendo diagnósticos e necessitando de atendimento psicológico e médico, e quais outros motivos, que não os de via biológica, poderiam estar levando essas

crianças aos profissionais de saúde. Por meio do ingresso no programa de Pós-graduação em Psicologia foi possível o aprofundamento do tema da medicalização dos transtornos de aprendizagem, buscando na própria clínica escola supracitada um caso que pudesse ser examinado e entendido a partir dessa visão de psicologia escolar crítica.

Dessa forma, entendendo a grandiosidade do processo de biologização de questões que envolvem aspectos políticos, sociais e econômicos, como é o caso da medicalização dos transtornos de aprendizagem, torna-se possível uma nova atuação por parte da escola, dos profissionais da saúde e até mesmo das famílias que não sabem como agir mediante a verdadeira epidemia de transtornos diagnosticados em crianças em idade escolar.

Logo, alguns questionamentos impulsionaram a presente pesquisa, como: quais mudanças ocorrem a partir da medicalização de transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização? Como se dá o processo de diagnóstico dos transtornos de aprendizagem? Qual a importância atribuída à medicalização pela família e pela escola?

Com o intuito de responder às questões propostas trabalhou-se com o objetivo de analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização, mais especificamente almejando compreender como se dá o processo de diagnóstico dos transtornos de aprendizagem e compreender o significado atribuído pela família e pela escola à medicalização dos transtornos de aprendizagem.

Esta dissertação foi organizada em seis seções para alcançar os objetivos propostos. A primeira seção traz um levantamento dos escritos sobre a medicalização, tanto de maneira mais ampla, tratando da medicalização da vida, quanto mais especificamente da medicalização dentro do ambiente escolar; a segunda seção fala do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), já que a criança participante desse estudo de caso foi diagnosticada com tal transtorno; na terceira seção fala-se do cenário educacional, tratando ainda da progressão continuada, e da visão da psicologia sobre a escola; na quarta seção encontra-se o método utilizado, dividido em tópicos sobre os participantes da pesquisa, instrumentos, trajetória ao campo e processo de análise dos dados; a quinta seção traz os resultados e discussão das entrevistas, sendo dedicado à apresentação dos relatos, seguido pela análise e discussão a partir das categorias definidas e de acordo com os objetivos propostos e à luz do referencial teórico utilizado; a sexta e última seção faz as considerações finais sobre o trabalho, expondo as considerações decorrentes das análises, bem como propostas para a realização de novas pesquisas.

1 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA EDUCAÇÃO

Antes de iniciarmos uma discussão sobre a medicalização da educação e possíveis transtornos de aprendizagem que vêm transformando questões sociais e políticas em individuais e biológicas, é primordial que façamos referência à medicalização de forma mais ampla, pois a mesma atinge não só alunos, mas sim toda e qualquer pessoa, através do processo de medicalização da vida.

São vários os autores que se debruçaram e ainda se debruçam sobre o tema da medicalização no contexto mais macro, ou seja, da vida, porém por hora faremos menção à apenas alguns deles como: Ivan Illich, Michel Foucault e Peter Conrad. O primeiro escreveu “A expropriação da saúde: nêmesis da existência” (1975), nele o autor faz uma crítica radical ao que ele chama de invasão da medicina, nomeando-a de calamidade pública que se manifesta sob a forma de dependência pessoal ou medicalização da sociedade.

Illich (1975, p. 9) relata que médicos e principalmente pacientes precisam ser convencidos de que a disseminação de diagnósticos, terapias e ações preventivas retiram do indivíduo sua autonomia em realizar seu tratamento e até mesmo de sentir-se realmente doente, pois em determinados casos o sujeito é levado pela onda de transtornos e seus tratamentos, sem que ao menos esteja acometido por algo de fato. Fala ainda sobre o pertencimento de um indivíduo a grupos que são tidos como de risco pela medicina e o quanto tal classificação retira a autonomia pessoal.

O segundo autor trata-se de Michel Foucault, filósofo francês que apesar de não ter feito uso frequente do termo medicalização, teceu grandes contribuições à sua crítica. Ele destacou a medicina moderna surgida a partir do século XVIII como detentora de uma forma de controle da sociedade, primeiramente em âmbito individual através do biológico, e em segundo lugar controlando a consciência e a ideologia do indivíduo. Em seu livro “Microfísica do poder” (1984, p. 80), faz referência a esse controle da medicina sobre o corpo da seguinte forma:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

De acordo com Foucault (2013, p. 134), por meio da tecnologia disciplinar, os corpos são docilizados. Ele diz: “Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho,

digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada”. A disciplina tem a capacidade de criar corpos submissos e úteis ao trabalho, e a medicalização pode ser considerada estratégia da tecnologia disciplinar, funcionando como estanque das angústias geradas por essa lógica.

Do mesmo modo, para Ignácio e Nardi (2007), a medicalização constitui-se mecanismo de dominação dos corpos que é intrínseco ao conceito de biopolítica¹ de Foucault. A expressão do sofrimento não acarreta reflexão acerca de uma forma de ser, pelo contrário, leva a ingestão de medicamentos que promovem um bloqueio dos sentimentos e emoções.

O terceiro autor citado acima é Peter Conrad, que não foi diferente dos demais escrevendo sobre a medicalização do social, ele defende que a medicalização trata-se de definir determinado problema em termos médicos, porém sem que se tenha a obrigação de envolver a medicina propriamente dita ou o próprio profissional médico, pensamento expresso na frase a seguir:

[...] consiste em definir um problema em termos médicos, usando linguagem médica para descrevê-lo, adotando um quadro médico para compreendê-lo, ou ainda usando uma intervenção médica para tratá-lo. Trata-se de um processo sócio-cultural que pode ou não envolver a medicina como profissão, levando a um controle social ou a um tratamento médico, ou ainda ser resultado da expansão intencional da profissão médica (CONRAD, 1992, p. 211, apud BRAGA, 2011, p. 21).

No Brasil, Moysés e Collares (2013, p. 49) são autoras reconhecidas no campo da crítica à medicalização, especialmente na área da educação. No trecho a seguir discorrem sobre a medicina moderna e a forma como a mesma tem buscado controlar os indivíduos, atribuindo-se “[...] a tarefa de legislar e normatizar o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é; quase ‘naturalmente’, passa a legislar também sobre os critérios para identificar, segregar e silenciar (de diferentes maneiras) os que afrontavam as normas sociais”. A segregação através de diagnósticos iniciou-se primeiramente no campo da psiquiatria e posteriormente da neurologia, eles não só legitimavam, mas também prescreviam a segregação, ao passo que, as pessoas consideradas anormais eram aprisionadas em casas de saúde.

Nessa perspectiva, o comportamento humano é silenciado através do processo de medicalização, o social e historicamente construído é reduzido ao biológico, a características

¹ Ver os livros de Michel Foucault, “A Vontade de Saber (1976)” e os cursos ministrados no Collège de France, intitulados: “Em Defesa da Sociedade (1975-1976)”, “Segurança, Território e População (1977-1978)” e “Nascimento da Biopolítica (1978-1979)”.

inatas e imutáveis, ou seja, a doenças de indivíduos. O sofrimento psíquico passa a ter bases biológicas, aproximando-o assim das doenças orgânicas.

A seguir Collares e Moysés (1994, p. 25) trazem uma apropriada definição do termo medicalização e de suas causas:

O termo **medicalização**² refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo. Um exemplo gritante de como se medicalizam as grandes questões sociais constitui o próprio processo saúde-doença, que vem sendo transformado em um problema médico, referente a cada indivíduo em particular.

É evidente que em todo o campo social as buscas por explicações científicas desprovidas de conteúdo histórico, social e cultural para acontecimentos propriamente histórico-sociais ocorrem em larga escala. Existe vasto crescimento das pesquisas neurológicas e neurocomportamentais que agem estabelecendo correspondência direta entre os fatores comportamentais e os processos neuronais e bioquímicos, medicalizando desde criminosos a situações da vida cotidiana, fomentando o crescimento da indústria farmacêutica que inclusive financia pesquisas nesse sentido (GUARIDO, 2011; OLIVEIRA, 2013).

Desde o século XIX buscam-se explicações científicas para questões de ordem social e, na atualidade, além desse fator existe o interesse econômico por trás da situação (OLIVEIRA, 2013), já que as indústrias farmacêuticas estão enriquecendo à custa desse fato. O modelo de vida “feliz”³ vigente prega que as pessoas devem ser sempre jovens, magras e viver um estado de felicidade constante, surgindo assim mais um bem de consumo da sociedade, o medicamento, que tem o papel de sanar as angústias decorrentes da dificuldade de estar sempre bem, e ter seus corpos e mentes completamente saudáveis e esteticamente perfeitos (AGUIAR, 2004; GUARIDO, 2011).

Aguiar (2004) e Oliveira (2013) criticam o discurso psiquiátrico biológico, que amparado pela neurociência, promete desvendar todos os mistérios da subjetividade humana através da análise do cérebro, medicalizando tudo o que existe, transformando palavras como Prozac, Lexotan, depressão e serotonina, em parte do cotidiano e das atrações midiáticas.

² Destaque das autoras.

³ Destaque nosso.

Nesse sentido, as medicações, parecem ser cada vez mais empregadas como instrumentos de modelação subjetiva, de formatação de padrões de normalidade, buscando a constituição de um sujeito sem conflitos, sem angústias, sem limitações (EIDT; TULESKI, 2007).

Ocorre também uma intensa divulgação pela mídia de comerciais de televisão, onde os personagens parecem travar uma espécie de guerra contra doenças, bactérias e germes. Com frequência são lançadas propagandas de produtos como: sabonetes antibacterianos e pedras sanitárias destruidoras de germes, esses comerciais utilizam a figura da mãe para conquistar o consumidor, colocando-a como grande defensora da família que luta bravamente contra os chamados “invasores maléficos”⁴ citados acima, ou seja, com o intuito de comercializar produtos, são feitas propagandas repletas de conteúdo biologizante, envolvendo as mães e seus familiares (OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, Guarido (2007, p. 154) faz uma boa síntese do exposto até aqui no seguinte parágrafo:

Considerando que a medicação é atualmente indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, bem como levando em consideração a socialização do discurso médico estabelecida pela mídia e as campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica, pode-se reconhecer em relevo o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. Se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios.

Após a conceituação do termo medicalização é importante que se faça uma distinção entre ela e outros termos, apesar de frequentemente os encontrarmos na literatura de forma indiscriminada. São eles: a psicologização, a biologização e a patologização, mas iniciaremos pela biologização que se resume em atribuir ao biológico/orgânico e ao individual a causa de problemas relacionados a questões sociais, como explica Guarido (2011, p. 27) “As novas descobertas científicas aparecem, de maneira geral, como explicativas dos comportamentos, sensações e sofrimentos humanos”.

Já a medicalização e a patologização estão intimamente ligadas, tratando-se da transformação de questões propriamente sociais e políticas em questões médicas. A segunda é mais abrangente, surgiu com o grande fluxo de encaminhamentos aos profissionais da área da

⁴ Destaque nosso.

saúde (psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, entre outros) e que estão mantendo a lógica biologizante (COLLARES; MOYSÉS, 1994). Sobre a psicologização temos a questão da atribuição dos problemas escolares a supostos problemas emocionais advindos da relação familiar tida como desestruturada.

Guarido e Voltolini (2009, p. 241-242), no seguinte trecho, falam da amplitude da medicalização:

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito à redução de questões amplas - que envolveriam, em sua análise, diversas disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina etc.) - a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social. Vale aqui ressaltar que medicalização é antes um conceito que pode ser aplicado às diversas esferas da vida, associado a uma prática discursiva que revela a forte presença do saber médico no conjunto dos discursos sobre o homem, sua natureza e suas vicissitudes, a partir do século XIX.

A patologização por sua vez, segundo Luengo (2010, p. 63), é apresentada como algo externo ao indivíduo. Para a autora:

[...] patologizar é o próprio ato de apontar no diferente uma doença que, mesmo inexistente, passa a ser reconhecida e diagnosticada pela equipe escolar e de saúde. Esse ato, além de estigmatizar o indivíduo classificando-o como anormal, ainda busca, através de justificativas sociais, afirmar a patologia, o que pode desencadear como consequência o ato da medicalização.

Dessa forma, a medicalização atinge todos os espaços da sociedade, mas nossa discussão se concentrará na medicalização da educação, mais precisamente nos transtornos de aprendizagem. Profissionais da área da saúde, como psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, neurologistas, pediatras, têm difundido essa prática ao medicalizarem questões sociais em decorrência dos encaminhamentos de crianças com queixas escolares.

Pode-se dizer que, além dos transtornos de aprendizagem, também são considerados culpados pelo insucesso escolar, as famílias tidas como desestruturadas; a ausência dos pais; a falta de atenção, carinho e amor; o alcoolismo; por fim tudo que culpabilize a vítima e sua família. Mais uma vez o foco localiza-se no diagnóstico, desresponsabilizando a escola, as relações sociais ali constituídas, o governo e as políticas públicas. O preconceito se encontra arraigado e difícil de dissipar até mesmo dentro do ambiente escolar, pois os atores escolares chegam a atribuir o insucesso nas atividades, ou melhor, o porquê das crianças não

aprenderem ao fato de residirem na zona rural ou por sua raça/cor (COLLARES; MOYSÉS, 2011). Oliveira (2013, p. 80), explica bem essa questão da busca de respostas biológicas, reducionistas e científicas para o insucesso escolar dizendo: “[...] ‘contra fatos (científicos) não há argumentos (circunstanciais)’ , evitando qualquer questionamento”.

Ao desconsiderar os fatores educacionais, sociais, políticos, culturais e econômicos, “a criança passa pelo crivo preconceituoso da normalidade, no qual a vítima de um aparelho social distorcido passa a ser apontada como deficiente intelectual, portadora de algum transtorno” (LUENGO, 2010, p. 61). Ao ser assim considerada, ressaltando-se nela os aspectos que não correspondem ao padrão social considerado normal, passa a ser descrita e classificada como anormal, caracterizando-a como algo patológico.

É na passagem do século XIX ao XX, que a medicina adentra o ambiente escolar instalando as concepções higiênicas e da psiquiatria infantil, assim como a psicologia inicia as pesquisas psicométricas e da psicologia do desenvolvimento. De acordo com Zucoloto (2007), sob influência da literatura europeia de meados do século XIX, é que os médicos brasileiros iniciavam estudos nas faculdades de medicina, tendo como tema a higiene escolar, inclusive defendendo teses de doutorado nesse sentido.

Segundo Moysés (2001) e Guarido (2008), quando a medicina lança seu olhar clínico à escola, sendo chamada de medicina escolar ou saúde escolar, ela normatiza e inspeciona o ambiente escolar em prol da saúde. Inicialmente, pautada nos princípios higiênicos, a medicina interessava-se pelas práticas de prevenção e erradicação de epidemias, assim como se preocupava com os índices alarmantes de mortalidade infantil. Posteriormente, com base na higiene escolar e também na puericultura, a medicina ensinará as crianças e suas famílias quais as melhores formas de se viver, como educar, como se alimentar, se vestir e se limpar.

Na atualidade a medicalização será ainda impulsionada por modificações nos procedimentos diagnósticos da psiquiatria, pois com o lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM IV (GUARIDO, 2011; GUARIDO, 2008; MOYSÉS, 2001), a quantidade de transtornos foi ampliada e os critérios diagnósticos têm sido cada vez mais amplos, aumentando consideravelmente a possibilidade de que determinado indivíduo se encaixe em alguma desordem.

Em consequência da entrada da medicina no meio escolar, termos como: aprendizagem, comportamento e inteligência passam a fazer parte do rol de questões sociais reduzidas ao biológico. Sobre a aprendizagem Moysés (2001, p. 176), faz a seguinte consideração:

Transformada em elemento constituinte de um corpo biológico, um corpo a ser silenciado para que a clínica possa debruçar seu olhar sobre ele, também a aprendizagem – e, principalmente, a não-aprendizagem – será tomada, em processo de abstração, por corpo biológico a ser silenciado, para que o olhar clínico possa se efetivar em toda sua racionalidade e objetividade.

Dessa forma, segundo Guarido (2007), a mídia funciona mais uma vez como difusora da medicalização, propagando o discurso médico através de artigos naturalizadores do sofrimento da criança e de seus problemas de aprendizagem. Em decorrência disso, professores e coordenadores diagnosticam crianças baseados nesse tipo de informação, sendo o diagnóstico profetizado mais comum o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em consequência do qual as crianças são encaminhadas à avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica. Do mesmo modo, o medicamento tem funcionado como o grande regulador do comportamento infantil, pois quando uma criança age em desacordo com o que se espera dela, os professores já questionam se está tomando o remédio corretamente.

Antes de iniciarmos a próxima parte do trabalho, torna-se necessária a explicação do uso da palavra transtorno quando nos referimos aos chamados problemas de aprendizagem. O termo distúrbio está vinculado a algo relativo à doença, como explica Moysés e Collares (1992, p. 31): “A palavra distúrbio compõe-se do radical *turbare* e do prefixo *dis*. O radical *turbare* significa “alteração violenta na ordem natural” [...]. O prefixo *dis* por seu significado – ‘alteração com sentido anormal, patológico’ – possui, intrinsecamente, valor negativo”.

Devido a isso o termo distúrbio é largamente utilizado pela comunidade médica e pode ser traduzido como: [...] “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural”. É perceptível que nessa visão de distúrbio a anormalidade patológica trazida por ele será depositada em quem aprende, e outras variáveis não foram, ou não serão analisadas dentro do processo ensino-aprendizagem, por exemplo. Logo a palavra distúrbio remete a doença e reduz o problema a algo individual/orgânico, quando se trata de supostos problemas relativos a aprendizagem (MOYSÉS; COLLARES, 1992, p. 31).

Portanto, tendo em vista a fragilidade dos conceitos que envolvem o não aprender, o termo distúrbio não será aqui utilizado e sim a palavra transtorno, pois o próprio TDAH, por exemplo, como será explicado adiante, ainda não tem sua etiologia confirmada.

É no escopo de demonstrar a importância que tem adquirido a medicalização da vida e da educação que escrevemos essa seção, fundamentada no discurso médico, crianças e adolescentes vêm sendo estigmatizados em detrimento da melhoria da qualidade do ensino oferecido pelo país. Portanto, faz-se necessária a difusão de uma visão mais crítica a respeito

da medicalização, possibilitando uma nova forma de intervenção dos problemas que venham a surgir no ambiente escolar, assim como no ambiente familiar.

2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH

Por meio da presente seção busca-se discutir o TDAH, suas possíveis causas, e seu diagnóstico e tratamento, que tem recebido visibilidade mundial devido à grande quantidade de diagnósticos realizados nos últimos anos, acometendo tanto crianças/adolescentes quanto adultos. A escolha pelo aprofundamento desse transtorno se dá, devido ao fato de que esse trabalho trata-se de um estudo de caso de uma criança que recebeu o diagnóstico de TDAH, o que será explicitado na seção referente ao método.

Suas origens ainda são duvidosas e seu tratamento é considerado por muitos como obscuro. O TDAH é um dos transtornos mais contestados por estudiosos da área educacional, da psicologia, da pedagogia e até mesmo do campo médico, como é o caso das autoras Moysés e Collares (2011, p. 72), que fazem crítica ao modo como variabilidades de ser, agir e pensar são muitas vezes transformados em “[...] pretensa doença neurológica, que jamais foi comprovada e é intensamente criticada no interior do próprio campo médico [...]”.

Do mesmo modo, Viégas e Oliveira (2014) descrevem o TDAH como uma questão tratada a partir do viés biológico, e que apesar de ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não pode ser tomado como legítimo, tendo em vista, as recorrentes discussões envolvendo inclusive profissionais da medicina, em relação às controvérsias sobre sua causa e seu diagnóstico.

Segundo Eidt e Tuleski (2007), o diagnóstico de TDAH encontra dificuldades devido à falta de clareza na definição do que vem a ser o próprio transtorno, assim como, são incertas as consequências do tratamento medicamentoso em crianças e adolescentes. Mesmo assim o TDAH tem sido amplamente diagnosticado e tratado pela via medicamentosa e tem servido de justificativa ao fracasso escolar.

Dessa forma, a fim de iniciar a discussão faz-se importante recorrer às contribuições de Caliman (2008). A autora fala sobre a ascensão do TDAH no final da década de 1980 e durante os anos 90, em especial na sociedade americana, que teve e tem a compreensão e tratamento desse transtorno como uma questão de gestão social e econômica da Nação. Os Estados Unidos da América (EUA) chegou a reconhecê-lo, por meio da Resolução 370/2004, como um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública do país, e proclamando o dia 07 de setembro como o “Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH”⁵.

⁵ Destaque nosso.

Ainda, segundo Caliman (2008, p. 560), foi também durante as décadas de 1980 e 1990 que as pesquisas neurobiológicas, com o intuito de melhor conhecer o TDAH, tomaram força e ganharam investimento pesado, sendo este período marcado pela forte conexão entre os estudos sobre a desordem da atenção e do controle do comportamento e a pesquisa cerebral. A esse respeito a autora diz ainda que:

A existência do transtorno e a validade do diagnóstico dependiam da descoberta de suas bases biológicas e cerebrais e dos cálculos de seu potencial de risco. No discurso da legitimidade do transtorno, além da comprovação dos males causados pelo TDAH e de seu potencial de risco e, em certo sentido, mais importante do que eles, está o argumento sobre suas causas físicas. Trata-se não apenas de demonstrar que o transtorno “causa” danos ao sujeito, mas que ele, o transtorno, é “causado” por aspectos biológicos, genéticos e cerebrais. Tais suscetibilidades biológicas não são os únicos fatores influentes no desenvolvimento da patologia, mas são, sem dúvida, os mais importantes.

Guarido (2007) diz que há tempos o comportamento humano vem sendo estudado à luz do modelo biologicista, resultado direto do desenvolvimento da ciência. Várias são as questões complexas de caráter político, histórico e social, que têm sido explicadas única e exclusivamente pelo viés biológico, o qual defende que os modos de agir e pensar são resultado do funcionamento cerebral, de neurotransmissores, da genética etc, dando à psicopatologia mais credibilidade e cientificidade. No mesmo sentido, Matos (2013, p. 343) diz que: “A psiquiatria biologista atual vê o TDAH a partir do discurso ideológico da naturalização das patologias e da consideração de uma realidade independente do sujeito”.

Sendo assim, a fim de discutir o polêmico TDAH, Rohde *et al* (2000), explicam que o mesmo segue uma tríade sintomatológica clássica, composta por desatenção, hiperatividade e impulsividade, características que a própria Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)⁶ corrobora, dizendo que o TDAH constitui um transtorno composto pelas três características supracitadas, e que tem suas causas sustentadas pela genética.

O diagnóstico do TDAH é descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM V, 2014, p. 61), e a tríade sintomatológica é explicada da seguinte forma:

A *desatenção*⁷ manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A *hiperatividade*⁸ refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos

⁶ <http://www.tdah.org.br/>

⁷ Destaque do autor.

⁸ Destaque do autor.

outros com sua atividade. A *impulsividade*⁹ refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

Ainda segundo o DSM-V (2014), o TDAH está subdividido em três tipos: 1) (F90.2) apresentação combinada: quando a desatenção e a hiperatividade-impulsividade ocorrem juntas nos últimos seis meses; 2) (F90.0) apresentação predominantemente desatenta: quando a desatenção está presente, mas a hiperatividade-impulsividade não, nos últimos seis meses. 3) (F90.1) apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: quando a hiperatividade-impulsividade está presente, e a desatenção não, nos últimos seis meses.

Em relação às causas do transtorno muitas são as hipóteses, mas nenhuma delas foi totalmente comprovada, sendo assim, como já dito anteriormente, as possíveis causas ainda permanecem obscuras, gerando discussões no campo da medicina, psiquiatria e psicologia (MOREIRA; BARRETO, 2009).

Devido às incertezas quanto às causas do transtorno, o diagnóstico segue baseado em critérios clínicos, não havendo teste físico, psicológico ou neurológico que comprove a existência, nem mesmo exames como de urina, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou algo dessa natureza, poderiam comprovar o diagnóstico (PHELAN, 2005¹⁰, *apud* MOREIRA; BARRETO, 2009).

Dessa forma, o diagnóstico tem sido realizado por meio de entrevista com a criança, família e escola, e segue os parâmetros estabelecidos pelo DSM V. Constam no quadro abaixo os critérios diagnósticos para o transtorno, segundo o DSM V (2014):

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos do TDAH

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Ou (1) ou (2)
(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: (continua)

⁹ Destaque do autor.

¹⁰ PHELAN, T. W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo. Editora: M. Books do Brasil, 2005.

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos do TDAH

(Continuação)
<p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p>
<p>Desatenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso) (b) Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas); (c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia); (d) Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo); (e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos); (f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos); (g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular); (h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados); (i) Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
<p>(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <p>Hiperatividade e impulsividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira; (b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar); (c) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude); (d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente; (e) Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar); (f) Frequentemente fala demais; (g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar); <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos do TDAH

(continuação)	
(h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila); (i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).	
B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade, desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.	
C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).	
D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.	
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).	
(conclusão)	

Fonte: DSM V (2014)

O DSM V lançado em 2013, que contou com a participação do professor brasileiro Dr. Luis Rohde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na revisão do TDAH, teve poucas mudanças em relação ao DSM IV. No novo manual diagnóstico, a lista de sintomas foi mantida e a quantidade necessária de sintomas presentes para o diagnóstico continuou o mesmo para crianças, mas foi alterada para adultos, passando de seis sintomas, para cinco. Já o critério B sofreu uma modificação mais expressiva, pois antes alguns sintomas deveriam estar presentes antes dos sete anos de idade, e na versão nova passou para antes dos 12 anos. Em relação aos critérios C e D não houve modificações. Já o critério E sofreu alterações, pois a partir do novo manual o TDAH e o transtorno do espectro autista podem ser diagnosticados como transtornos comórbidos, permanecendo apenas as exigências de que o TDAH não seja diagnosticado na presença de outros sintomas referentes à esquizofrenia, por exemplo, ou que não sejam melhor explicados por outros transtornos, como ansiedade e depressão (MATTOS, 2013; ARAÚJO; NETO, 2014).

Segundo Mattos (2013) foi retirada a divisão em subtipos, agora o termo empregado é apresentação, a mudança se fez para evitar que a subcategoria pareça estável, pois o perfil dos sintomas pode se modificar com o tempo, porém a divisão permaneceu a mesma. O autor fala ainda sobre a nova opção relativa ao TDAH com remissão parcial, empregado em casos com diagnóstico de TDAH, mas que se encontra com menor número de sintomas atuais. A última

modificação considerada por ele é a possibilidade de classificar o TDAH em leve, moderado e grave, conforme o grau de comprometimento na vida do indivíduo diagnosticado.

Para Araújo e Neto (2014), todas as alterações geram polêmica, pelo fato de que podem provocar o aumento da incidência de diagnósticos do TDAH na população de forma geral, principalmente, quando o TDAH pode ser diagnosticado como comorbidade do Transtorno de Espectro Autista, e quando a idade mínima passa de sete para 12, facilitando a lembrança dos adultos em relação a antigos sintomas, já que eles também precisam ter apenas cinco sintomas dos apresentados no critério A para receber o diagnóstico.

Em relação ao diagnóstico de TDAH, Viégas e Oliveira (2014) destacam que a coleta de informações é realizada com a família e a escola da criança ou adolescente, e que o diagnóstico baseia-se na escala objetiva de Swanson, Noman e Pelhan - SNAP IV¹¹, em avaliação psicológica (especialmente a aplicação do WISC-III¹²), e a avaliação neurológica (por meio de exames de neuroimagem). Do mesmo modo, Rohde *et al* (2000) abordam a necessidade de observar a duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, assim como com que frequência e intensidade esses sintomas são apresentados.

Sobre o SNAP IV Moysés e Collares (2013) tecem uma crítica, dizendo que se sentem incomodadas pelo fato de médicos, psicólogos e fonoaudiólogos basearem-se em um questionário vago de apenas 18 perguntas para o diagnóstico de uma pretensa doença neurológica ou neuropsiquiátrica. Classificam ainda as perguntas do SNAP IV, como: “Perguntas vagas, imprecisas, mal formuladas! Descontextualizadas, absolutizadas (p. 45)”.

As autoras fazem menção a algumas perguntas do questionário em questão como a seguinte: “Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele (p. 45)”. Moysés e Collares destacam a necessidade de especificar qual a situação em que a criança/adolescente parece não ouvir, pois parece ser normal que o adulto não seja atendido quando o que se pede seja algo que a criança não gosta de fazer como, por exemplo, arrumar o quarto, assim como é esperado que a criança atenda ao chamado de sair para tomar sorvete com demasiada prontidão.

A segunda pergunta discutida é: “Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado (p.45)”. A própria pergunta já fala sobre o “não gostar”, geralmente o que não se gosta de fazer é gerador de esforço mental prolongado. Por

¹¹ ABDA. Sobre TDAH – Diagnóstico em crianças. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

¹² Escala de Inteligência Wechsler para crianças.

exemplo, uma criança que gosta de jogar vídeo game pode não achar cansativo ou não lhe causar esforço mental jogar por horas a fio, em contrapartida ler um livro pode lhe ser penoso e causar esforço mental prolongado, o contrário de uma pessoa que goste de ler, essa poderia ficar horas lendo um livro sem se incomodar, ao passo que jogar vídeo game por horas poderia lhe causar esforço mental prolongado.

Do mesmo modo, abordam a pergunta: “distrai-se com estímulos externos (p. 45)”. Sobre isso as autoras destacam que nem sempre a criança/adolescente fixará sua atenção no que o avaliador (pais, professores) deseja, pois os estímulos externos existem, são muitos e geralmente muito mais atrativos do que o exposto pelo avaliador. Elas consideram uma posição até mesmo autoritária do avaliador decidir o que é digno de atenção por parte da criança/adolescente.

Por fim, a última questão destacada pelas autoras foi: “sai do lugar na sala de aula ou em outras situações que se espera que fique sentado (p. 45)”. Para elas essa questão retrata como o questionário serve a normas rígidas e estreitas que regem os grupos sociais atualmente. São pretensas normas biológicas e neurológicas que se sentem capazes de discriminar o que é saúde e o que é doença, com base em argumentos infundados.

Dessa forma, segundo Tuleski e Eidt (2007), é necessário e urgente que a psicologia busque compreender o homem como ser indissociável de seu meio social. Por isso a necessidade de que as pesquisas relacionadas a transtornos mentais e de comportamento, como o TDAH, por exemplo, levem em consideração o impacto das variáveis históricas, sociais e culturais na construção da subjetividade, ou melhor, nas formas únicas do sujeito se comportar e pensar (PEREIRA; SILVA, 2011).

Nesse contexto, a psicologia histórico-cultural defende que o homem e o meio mantêm uma relação dialética, na qual um determina e é determinado pelo outro, existe essa troca na constituição do sujeito. A partir disso, a educação propiciada pela escola passa a ter grande importância quando se fala em aquisição pela criança de funções como a atenção propriamente dita. Em detrimento dessa reflexão o fracasso escolar ainda tem sido justificado pela hiperatividade e/ou déficit de atenção, eximindo de suas responsabilidades o contexto escolar e social nos quais a criança está inserida. Características pessoais tomaram a posição de problemas médicos, ou seja, o que antes era tido como forma de ser de um indivíduo agora tem nome de distúrbio, transtorno, desvio etc. (TULESKI; EIDT, 2007).

Segundo Collares e Moysés (1996), condutas que ameaçam a manutenção do *status quo* têm sido normatizadas pela medicina ao longo da história, ao passo que grupos de indivíduos adquirem rótulos por meio do processo de medicalização. Com o intuito de evitar a

análise crítica dos problemas e contradições sociais, econômicos e políticos, a sociedade moderna, com o aval da medicina, acaba por reprimi-los associando-os às ideias de desordem, perigo e crise (TULESKI; EIDT, 2007). Um exemplo dessa forma de controle social empreendido através de diagnósticos é o das crianças que ao transgredirem as normas impostas, como não ficar sentadas quando se espera que fiquem, recebem o diagnóstico de TDAH (BRZOZOWSKI, 2009). Essas crianças passam a ser chamadas de “crianças problema”, elas carregam o peso do transtorno, mais uma vez (des) responsabilizando o sistema político social vigente. Sobre isso Collares e Moysés (1996, p. 75) fazem o comentário abaixo:

A normatização da vida cotidiana tem por corolário a transformação dos “problemas da vida” em doenças, em distúrbios. Surgem, então, os “distúrbios de comportamento”, os “distúrbios de aprendizagem”, a “doença do pânico”, apenas para citarmos alguns entre os mais conhecidos. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria [...] tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual.

Do mesmo modo, o consumo desenfreado de medicamentos por crianças diagnosticadas com TDAH reflete a crença na visão idealista, naturalizante e biologizante acerca da constituição do psiquismo humano. Esse tratamento visa sanar as manifestações individuais de supostas disfunções cerebrais, sem que se leve em conta o contexto em que elas se desenvolveram (EIDT; TULESKI, 2010).

3 A EDUCAÇÃO BRASILEIRA: DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM

3.1 O Cenário Educacional

Quando se fala em medicalização de transtornos de aprendizagem é imprescindível que haja uma reflexão sobre as políticas públicas aplicadas à educação e sobre o funcionamento escolar em si. Nessa seção será possível visualizar um pouco do cenário educacional brasileiro e discutir como, em alguns casos, ele tem levado à medicalização.

Desde a promulgação da primeira Constituição Brasileira, no ano de 1823, foi instituída a obrigatoriedade da instrução primária de forma gratuita para todos os cidadãos. Mais de cem anos depois o direito adquirido pela constituição foi reafirmado pela declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, depois na Constituição Federal de 1988 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996. Porém, apesar do belo discurso oficial, a realidade ainda se encontra muito aquém do que é disposto nesses documentos, pois não basta apenas oferecer as vagas, é preciso também que haja condições sociais de igualdade e que a educação oferecida seja de qualidade (MEIRA, 2012).

Souza (2007) aborda a necessidade da compreensão do funcionamento escolar para um bom trabalho de orientação à queixa advinda da escola, que se caracteriza pelo fracasso escolar e o sofrimento das crianças e adolescentes que chegam aos consultórios. Ela afirma ainda que o sujeito se estrutura na relação com o outro, e que os ambientes escolares frequentados por ele, as famílias e as próprias crianças/adolescentes, têm total influência nessa estruturação e manutenção de queixas escolares como os transtornos de aprendizagem.

Essa manutenção se dá, em muitos casos, pela utilização de práticas que não reconhecem a necessidade de melhoria da qualidade do ensino oferecido nas escolas brasileiras, pelo contrário, algumas políticas públicas implantadas nos últimos anos, têm priorizado a redução dos índices de reprovação em detrimento da qualidade do conhecimento adquirido pelas crianças e adolescentes.

Uma dessas políticas trata da progressão continuada, implantada no final da década de 1990 em alguns estados e municípios brasileiros. Segundo Souza (2007) essa política foi instituída de maneira autoritária, sem as condições necessárias para que figurasse um avanço no ensino oferecido, culminando na simples promoção automática, suprimindo a repetência, e fazendo com que alunos cheguem ao próximo ano carregando as dúvidas do ano anterior. O Poder Público considerava a extinção da reprovação como necessária, pois ela é reflexo da

precariedade do sistema, causa a defasagem idade série, a evasão, assim como ocasiona prejuízo econômico ao Estado, que precisa manter o aluno estudando por mais tempo (VIÉGAS, 2011).

No Estado de Rondônia onde a presente pesquisa foi realizada, foi adotado desde o ano de 2007 por meio da Resolução nº 131/06 – CEE/RO o ensino fundamental de nove anos, dividido em anos iniciais (de 6 a 9 anos) e anos finais (de 10 a 14 anos). No modelo implantado também ocorre a progressão continuada, os anos iniciais, de 1º ao 3º anos são considerados um bloco, onde a retenção não será realizada, tendo como argumento para tomada dessa decisão, a Resolução 07 do Ministério da Educação, de 14 de dezembro de 2010, na qual consta que a retenção antes dos três primeiros anos de estudo causaria prejuízos ao aluno e estaria desconsiderando a continuidade da aprendizagem e a complexidade do processo de alfabetização (CARVALHO; FARIAS, 2013).

Nessa perspectiva, Souza (2007) discute a forma como as mudanças são implantadas nas escolas, sem que exista um preparo, tanto dos professores quanto da comunidade que engloba pais e alunos. Em relação à forma como os professores são informados ela dá alguns exemplos que demonstram quão difícil tem sido a tarefa enfrentada por eles. Em primeiro lugar as políticas públicas foram implantadas de forma autoritária, pois simplesmente as Secretarias de Educação informam e a direção e supervisão das escolas repassam, da seguinte forma: a partir de hoje não haverá mais repetência, apenas alguns alunos de 4º e 8º anos irão repetir; ou então, que a escola passará a receber alunos autistas, deficientes mentais, crianças com paralisia cerebral, surdos, cegos, entre outros, sem que haja qualquer tipo de apoio; outro choque recebido pelos professores foi saber que de uma hora para outra, as crianças estariam entrando seis meses mais novas na escola, e que o ensino fundamental passaria a ter mais um ano. Este é o cenário complexo de mudanças, em que não existe discussão alguma, os personagens principais não são consultados e não ocorre nenhum preparo.

Do mesmo modo, Viégas (2011) realizou pesquisa no ano 2000 entrevistando oito professores sobre a implantação da progressão continuada nas escolas de São Paulo, por meio da qual pode observar o descontentamento destes profissionais, corroborando a ideia de Souza (2007) exposta acima.

A pesquisa realizada por Viégas (2011) revelou que para esses profissionais a progressão continuada “veio pronta”¹³, instituída de cima para baixo, sendo que os que puderam participar das discussões relataram que suas ideias e opiniões sequer foram levadas

¹³ Destaque da autora.

em consideração. Do mesmo modo, os professores queixaram-se da falta de instrumentalização e informação sobre o real objetivo da nova proposta, chegaram a usar a expressão “na canetada”¹⁴, querendo dizer que a política havia sido implantada realmente de forma autoritária e, sobretudo, individualizada.

Os professores participantes não ficaram apenas nas queixas, mas também fizeram menção a outras formas de implantação mais respeitadas com os profissionais, alunos e famílias. Eles admitem que a política é bonita no papel, e que poderia ter sido inserida de forma gradativa, não ocasionando o choque que ocorreu no sistema de ensino. Para eles, o índice de reprovação era realmente elevado, porém a solução encontrada estava longe de ser adequada.

Sendo assim, à revelia da opinião dos envolvidos, a progressão continuada tem sido instituída de uma maneira ou de outra nas escolas brasileiras, tendo uma relação direta, segundo Viégas (2007), com a manutenção ou até o aumento dos encaminhamentos de crianças com supostas dificuldades de aprendizagem aos psicólogos e psicopedagogos, trazendo a estes profissionais a responsabilidade de analisar quão complexo é a organização do ensino e o quanto isso pode afetar a aprendizagem das crianças.

A autora, consoante o trecho abaixo, continua sua reflexão sobre a ligação das dificuldades de aprendizagem com a progressão continuada:

Conforme afirmado anteriormente, este novo contexto educacional, ao contrário da promessa oficial, não foi suficiente para solucionar o problema da exclusão na escola, que agora apenas não assume mais a forma de alunos reprovados, embora ainda se faça presente na escola pública brasileira (certamente de maneira mais sutil). Basta lembrar que, mesmo neste novo contexto educacional, muitos alunos têm sido encaminhados pelas escolas para psicólogos ou psicopedagogos, para fins de diagnóstico e intervenção, em formato clínico e individual (VIÉGAS, 2007, p. 323).

A progressão continuada está muito longe de ser a solução para os problemas de escolarização, pois ela não melhorou a qualidade do ensino e sim reforçou o sentimento de impotência dos professores e manteve a lógica da culpabilização das crianças e suas famílias, todos esses vítimas ainda de um sistema escolar de estrutura excludente. Outra realidade é que mesmo tendo consciência dos impactos desastrosos das políticas implantadas, os professores ainda supõem que a chave para os problemas de aprendizagem residem na criança e que, dessa forma, podem ser resolvidos fora da escola, nas clínicas psicológicas e psicopedagógicas (VIÉGAS, 2007).

¹⁴ Destaque da autora.

Do mesmo modo, independente da polêmica sobre a progressão continuada são vários os desafios enfrentados pelos professores, eles precisam acima de tudo desvendar toda uma lógica constituinte dessa má qualidade do ensino oferecido desde o início deste século. Para isso é necessário contextualizar e compreender os mecanismos que vêm produzindo os problemas de aprendizagem (leitura, escrita), favorecendo, assim, a elaboração de procedimentos didáticos que possam reverter a problemática enfrentada pela escola, aluno e família e, acima de tudo, retirar única e exclusivamente da criança a responsabilidade por aprender a ler e a escrever. Isso tudo, considerando que nem pais e nem professores estão satisfeitos com o grande número de crianças rotuladas, patologizadas, e medicadas devido a pretensos problemas de aprendizagem (TULESKI; CHAVES, 2012).

Entre as queixas mais comuns em relação à escola, estão as relacionadas às dificuldades de aprendizagem, em que alunos de séries avançadas do ensino fundamental se encontram semianalfabetos ou analfabetos, alunos copistas que passam os dias reproduzindo o conteúdo da lousa em seus cadernos, sem entender o que quer dizer, com o intuito de evitar que lhe chamem a atenção; e muito comum também é a queixa relativa ao comportamento do aluno, que ora se encontra indisciplinado, ora apático e desinteressado (VIÉGAS, 2007).

Em contrapartida à complexidade do processo ensino/aprendizagem, a escola convive ainda com outras situações complexas como relata Machado (2012, p. 54): “A pobreza, o tráfico, o sofrimento, a violência, o abuso, a solidão, a miséria, a doença, as más condições de trabalho, o excesso de aulas, a banalização e naturalização dos acontecimentos cotidianos, entre outros, estão presentes em muitas histórias”.

3.2 Analisando o IDEB: 2005 a 2013

Para o entendimento dos reflexos da má qualidade do ensino oferecida, Meira (2012) cita os dados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) criado pelo Instituto Nacional de Estudos e de Pesquisas Nacionais Anísio Teixeira (INEP), os quais demonstram os déficits da escola brasileira no que consiste sua tarefa primordial, que é alfabetizar todas as crianças. Para a autora, apesar dos índices demonstrarem um aumento e até atingir suas metas, ainda é possível observar a presença do analfabetismo e do chamado alfabetismo funcional. Segundo Ribeiro (1997), o alfabetismo funcional trata-se do sujeito que possui apenas: “[...] a capacidade de utilizar a leitura e a escrita para fins pragmáticos, em contextos cotidianos, domésticos ou de trabalho, muitas vezes colocado em contraposição a uma concepção mais

tradicional e acadêmica [...]”; esse termo é utilizado também como meio termo entre o analfabetismo absoluto e o domínio pleno e versátil da leitura e escrita.

A fim de dar continuidade à análise do IDEB e para seu melhor entendimento busca-se a definição do próprio criador desse instrumento em 2007 – o INEP, disponível em sua página na internet¹⁵. O IDEB busca avaliar de zero a dez a aprovação e média de desempenho dos estudantes nas disciplinas de língua portuguesa e matemática, utilizando para o cálculo de seus indicadores os dados da aprovação escolar, obtidos por meio do Censo Escolar, e médias das avaliações do INEP, que são o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e a Prova Brasil.

Abaixo constam os dados do IDEB de 2005 a 2013, separados por dependência administrativa e contendo as metas para os próximos anos.

Quadro 2 - Anos Iniciais do Ensino Fundamental

	IDEB Observado					Metas				
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2021
Total	3.8	4.2	4.6	5.0	5.2	3.9	4.2	4.6	4.9	6.0
Dependência Administrativa										
Estadual	3.9	4.3	4.9	5.1	5.4	4.0	4.3	4.7	5.0	6.1
Municipal	3.4	4.0	4.4	4.7	4.9	3.5	3.8	4.2	4.5	5.7
Pública	5.9	6.0	6.4	6.5	6.7	6.0	6.3	6.6	6.8	7.5
Privada	3.6	4.0	4.4	4.7	4.9	3.6	4.0	4.4	4.7	5.8

Fonte: Site do INEP: <www.inep.gov.br>

Quadro 3 - Anos Finais do Ensino Fundamental

	IDEB Observado					Metas				
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2021
Total	3.5	3.8	4.0	4.1	4.2	3.5	3.7	3.9	4.4	5.5
Dependência Administrativa										
Estadual	3.3	3.6	3.8	3.9	4.0	3.3	3.5	3.8	4.2	5.3
Municipal	3.1	3.4	3.6	3.8	3.8	3.1	3.3	3.5	3.9	5.1
Pública	5.8	5.8	5.9	6.0	5.9	5.8	6.0	6.2	6.5	7.3
Privada	3.2	3.5	3.7	3.9	4.0	3.3	3.4	3.7	4.1	5.2

Fonte: Site do INEP: <www.inep.gov.br>

Observando os dados acima, a priori levam a crer que houve um aumento na média nacional de maneira geral, que chega a atingir as metas estabelecidas. No entanto, segundo

¹⁵ Site do INEP: <<http://www.inep.gov.br/>>.

Tuleski e Chaves (2012), o cenário é um pouco mais complexo, pois esses dados analisados de maneira isolada revelam um substancial número de crianças que se encontram alheias ou excluídas das possibilidades de desenvolvimento da escrita e leitura.

Elas citam como exemplo o ano de 2007 em que o IDEB passou de 3,8 em 2005 para 4,2 em relação à média dos anos iniciais do ensino fundamental. Porém, em 53% dos 5.485 municípios avaliados no ano de 2007 o IDEB ainda se encontrava abaixo da média geral.

Outro ponto a se levantar é o referente à análise individual das provas. Por exemplo, o SAEB, que avalia alunos de 4º e 8º ano do ensino fundamental e 3º ano do ensino médio, não apresenta o suposto aumento na média revelado pelo IDEB, pois quando comparados os anos de 1995 e 2005 em relação à proficiência em matemática e português tem-se que houve uma queda nos índices, pois em 1995 os alunos obtiveram 190,6 pontos e em 2006 182,4 no quesito matemática e 188,3 no ano de 1995 para 172,3 pontos em 2005 em língua portuguesa.

Esta comparação demonstra como os dados avaliados em separado revelam um cenário diferente do índice resultante de sua soma, ou seja, verifica-se que em relação ao SAEB houve uma queda, porém em relação ao IDEB temos um aumento. Aparentemente somando-se os dados busca-se camuflar o real resultado, que é a dificuldade das escolas públicas em instrumentalizar a aprendizagem de seus alunos. Sobre isso, Souza (2007) relata que o quadro evidenciado pelo SAEB de 2003 é no mínimo desastroso, pois aponta que menos de 5% dos alunos da 4ª série estão adequadamente alfabetizados, e que cerca de 19% podem ser considerados analfabetos.

3.3 A Visão da Psicologia Sobre a Escola

A análise realizada acima sobre a progressão continuada e sobre os índices evidencia um pouco dos problemas vivenciados pela educação, que levam a crer no mau funcionamento escolar e a levantar algumas causas para o suposto fracasso dos alunos. Dentro deste cenário muitas vezes ocorrem os encaminhamentos aos profissionais da saúde, entre eles o psicólogo. Em relação a isso, Patto (1996) destaca que a partir dos anos 1980 ocorreu uma ruptura na maneira de se pensar o fracasso escolar, abandonando-se a ideia de procurar nos alunos e em sua família as suas causas, como é o caso da Teoria da Carência Cultural que servia para culpabilizar criança e a família. A partir disso, o foco deixa de ser os fatores externos à escola e o olhar se volta para o interior da mesma, para os fatores internos ao próprio funcionamento escolar.

No trecho a seguir Meira (2000, p. 55) retrata como as mudanças de pensamento caminharam juntas, tanto em relação à atuação do psicólogo educacional quanto à discussão das dificuldades do funcionamento escolar como um todo:

A necessidade de se conhecer a realidade educacional parece ter se constituído no passo inicial de um processo de transformação, já que possibilitou que gradativamente tomasse também consistência a necessidade de se assumir um posicionamento político e ideológico mais definido em relação tanto à Educação quanto aos conhecimentos psicológicos.

Souza (2007) também discorre sobre essa mudança de foco em relação à análise das causas do fracasso escolar e da necessidade de disseminação da ideia atual, que envolve um pensamento crítico das queixas escolares e dos problemas sociais nos atendimentos psicológicos, pois para ela a maioria dos atendimentos continua deixando os acontecimentos escolares de fora da investigação, dando destaque apenas aos acontecimentos intrapsíquicos que envolvem a criança e seu meio familiar.

A autora salienta que alguns psicólogos já alcançaram uma mudança de atuação dentro do ambiente escolar, porém ainda não conseguem compreender e intervir em algumas situações, fazendo análises superficiais das dificuldades do sistema escolar e, ancorados na crença da superioridade do saber psicológico em relação ao dos professores, tentam estabelecer relações verticais, que tendem ao fracasso.

No mesmo sentido, Meira (2000) cita o livro de Maria Helena Souza Patto, “Psicologia e Ideologia: uma Introdução Crítica a Psicologia Escolar” (1984), como um marco da crítica à atuação do psicólogo educacional nos anos 80. A autora diz que a partir da obra de Patto tornou-se impossível ignorar o fato de que em vários casos, a psicologia escolar está mais compromissada com os interesses da classe dominante, levando à conclusão da necessidade de ruptura ideológica e da construção de novos rumos para a psicologia escolar, processo este que se encontra em andamento.

4 MÉTODO

A abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa sobre a qual Minayo (2008, p. 57) aborda as várias possibilidades de aplicação, estando ligada “[...] ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. A pesquisa trata-se ainda de um estudo de caso e a escolha por esse método deu-se em virtude da necessidade de conhecer e entender as mudanças ocorridas no contexto familiar, na criança e na escola, após o processo de medicalização.

Do mesmo modo, Esteban (2010, p. 127) conceitua a abordagem qualitativa e situa a pesquisa educacional como usuária desse tipo de pesquisa:

A pesquisa qualitativa é uma atividade sistemática orientada à compreensão em profundidade de fenômenos educativos e sociais, à transformação de práticas e cenários socioeducativos, à tomada de decisões e também ao descobrimento e desenvolvimento de um corpo organizado de conhecimentos.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a pesquisa qualitativa possui cinco características fundamentais: 1) a fonte dos dados consiste no ambiente natural e o investigador é o instrumento principal; 2) ela é descritiva ao passo que entre os dados estão: transcrições de entrevistas, fotografias, vídeos, notas de campo e outros documentos, dados estes que são analisados com total respeito ao que foi registrado no momento da coleta; 3) o real interesse da pesquisa encontra-se em saber como ocorre determinado fenômeno e não apenas nos resultados encontrados; 4) o investigador qualitativo analisa seus dados de maneira indutiva, não tem o objetivo de confirmar hipóteses e sim agrupa dados particulares para formular as abstrações que está buscando; 5) e por último uma das características mais importantes consiste no fato de que é vital o significado atribuído pelo participante ao fenômeno estudado, ou seja, o modo como o próprio participante interpreta os fatos.

Ainda em relação às características da pesquisa qualitativa, Esteban (2010, p. 129) destaca como fundamental que o pesquisador esteja atento ao contexto, pois: “(...) a experiência humana se perfila e tem lugar em contextos particulares, de maneira que os acontecimentos e fenômenos não podem ser compreendidos adequadamente se são separados daqueles”. Pesquisando um fenômeno como no caso da pesquisa em educação, não se pode abandonar o contexto em que o fenômeno ocorre, pois ele está carregado de significado que precisa ser analisado para o sucesso da investigação.

Quando se trabalha numa abordagem qualitativa não é possível desconsiderar, além do contexto de pesquisa, a subjetividade humana imbricada nas repostas do participante. Sendo assim, segundo Rey (2011), o indivíduo é dotado de subjetividade individual e social, ele é sujeito histórico e social, que desenvolveu sua subjetividade atual no convívio em sociedade. Dessa forma, a natureza qualitativa da subjetividade e sua complexidade dificultam a expressão de situações construídas historicamente que envolvem determinado fenômeno por meio da resposta a questionários padronizados. A subjetividade humana é ainda variável demais para que testes generalizados possam dar conta de resgatar os sentidos atribuídos por completo.

Uma das questões mais discutidas na pesquisa qualitativa é o tema da neutralidade, sobre o qual os defensores do positivismo e da pesquisa quantitativa repousam suas críticas. Falando da neutralidade do pesquisador Garnica (1997, p.111) aponta:

[...] não existirá neutralidade do pesquisador em relação à pesquisa - forma de descortinar o mundo -, pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo. Também não haverá “conclusões”, mas uma “construção de resultados”, posto que compreensões, não sendo encarceráveis, nunca serão definitivas.

Do mesmo modo, a neutralidade e também a objetividade são invadidas pela subjetividade humana a partir do momento que são “manuseadas”¹⁶ pelo cientista durante a coleta, análise e observação dos fenômenos, pois o mesmo possui valores, normas e regras próprias da construção de sua subjetividade e história social. Em contrapartida, na busca de dados mais objetivos, os cientistas positivistas defendem a aplicação de instrumentos padronizados (MINAYO, 2008).

Os autores Bogdan e Biklen (1994) corroboram o pensamento de Minayo (2008), acrescentando que nenhuma pesquisa consegue ser totalmente neutra, pois ao passo que o sujeito é investigado já pode estar modificando seu comportamento. O investigador qualitativo deve diminuir ao máximo sua interferência nas respostas e expressões trazidas pelo participante da pesquisa, de forma alguma deve induzir qualquer resposta. A entrevista pode sim ser realizada de maneira menos formal, o que pode facilitar a interpretação dos dados de acordo com seu contexto, mas sempre procurando não direcionar as respostas do participante.

Como foi dito anteriormente, este trabalho consiste em um estudo de caso, que segundo Yin (2015), é comumente utilizado em pesquisas relacionadas à psicologia, mas que

¹⁶ Destaque nosso.

independente do campo de interesse, o estudo de caso surge devido à necessidade de entender fenômenos sociais complexos e contemporâneos. Focando-se em um caso, será possível retirar dele uma visão holística e de mundo real. A escolha desse método para o autor depende das perguntas que se busca responder, quanto mais as questões de pesquisa estiverem voltadas para o “como” ou o “por que” determinado fenômeno social ocorre/funciona, mais estará sendo assertiva a utilização do estudo de caso. Da mesma forma, é relevante o estudo de caso quando se busca realizar uma descrição vasta e aprofundada de um fenômeno.

4.1 Participantes

Os participantes da pesquisa foram: uma criança, sua mãe, e sua professora. Apesar de estar prevista a realização de entrevista com o pai, não foi possível a sua realização, pois o mesmo negou-se a participar da pesquisa. A criança foi escolhida por meio da leitura dos prontuários de uma Clínica Escola de Psicologia. Buscava-se encontrar justamente uma criança que estivesse matriculada no terceiro ano do ensino fundamental de uma escola da rede pública municipal e que estivesse frequentando a Clínica Escola de Psicologia entre os anos de 2011 e 2014 em consequência de diagnóstico de transtorno de aprendizagem. A idade da criança não foi levada em consideração durante a escolha do participante, mas a criança no momento da entrevista estava com oito anos de idade e usando medicamentos há pelo menos seis meses. A escolha dessa Clínica Escola se deu em virtude do grande fluxo de crianças medicalizadas, nela atendidas na clínica e o fácil acesso às mesmas nesse local.

A clínica escola está estabelecida em uma cidade do Estado de Rondônia. É uma clínica nova que iniciou seus trabalhos no ano de 2011, o que justifica o período fixado na pesquisa entre 2011 e 2014, pois não há registros anteriores para consulta. Apesar de atender adultos e adolescentes, o maior fluxo de pacientes da clínica é o infantil, geralmente encaminhados pelo médico ou pela escola trazendo queixas relacionadas a transtornos de aprendizagem e comportamento. As buscas pelos prontuários ocorreram no mês de junho de 2014, e as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2014.

4.2 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados a análise documental dos prontuários de uma Clínica Escola de Psicologia e a entrevista semiestruturada, sendo que para cada participante

foi elaborado um roteiro de entrevista¹⁷, com questões norteadoras que privilegiassem e incentivassem a fala livre dos entrevistados sobre o que se desejava investigar.

A entrevista constitui-se num dos instrumentos mais utilizados no tipo de pesquisa a que nos propomos realizar, e também nas pesquisas sociais em geral. Na entrevista pesquisador e participante precisam se relacionar de forma interativa, pois a partir da existência de um clima de cooperação e respeito mútuo a investigação fluirá como se espera (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A entrevista é apropriada principalmente quando se quer conhecer a concepção de mundo do participante, ou seja, ela permite através da conversação, descobrir as opiniões, as crenças, os valores e os significados de si e do mundo ao redor do entrevistado. O interlocutor tem liberdade para que fale o que está acessível em sua mente no ato da entrevista, ela dá voz ao participante.

Desse modo, uma das formas mais utilizadas pela pesquisa qualitativa para preservação da fala do entrevistado é a gravação em áudio que, segundo Ludke e André (1986), permite que o entrevistador participe livremente da entrevista sem se prender a anotações, podendo estar atento também as expressões faciais e corporais, que possuem forte significado.

Os tipos de entrevistas mais utilizados em pesquisas qualitativas são as não-estruturadas e as semiestruturadas, no caso da pesquisa que aqui se realiza a entrevista semiestruturada será a utilizada (FRASER; GONDIN, 2004). Essa modalidade é frequentemente utilizada nas ciências sociais e da saúde, assim como mais especificamente na área educacional e consiste na elaboração de um roteiro prévio de questões norteadoras, sendo sua principal característica a possibilidade de alteração ou acréscimo de questões não formuladas inicialmente, inclusive incentivando que o entrevistado fique à vontade para abordar questões que não tenham sido levantadas (SANTOS; CANDELORO, 2006; PÁDUA, 2004).

4.3 Trajetória ao Campo

Inicialmente entramos em contato com a clínica escola para coletarmos a assinatura no Termo de autorização da Clínica Escola, solicitando da instituição que após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa fosse autorizada a busca nos arquivos da clínica, por uma

¹⁷ Vide apêndice A, B, C.

criança que se encaixasse nas especificações da pesquisa e ainda a utilização das salas de atendimento para realização de entrevista com a criança e com os responsáveis. Além disso, nos dirigimos à Secretaria Municipal de Educação para recolhermos a assinatura no Termo de Autorização para que pudéssemos entrar em contato com a direção da escola na qual a criança estaria matriculada. Em seguida o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Rondônia para a sua apreciação em atendimento aos aspectos éticos dispostos na Resolução 466/2012.

Após a aprovação do projeto pelo CEP no mês de maio de 2014¹⁸, retornamos à Clínica Escola em busca de uma criança que se encaixasse nos quesitos pré-estabelecidos. Ao encontrarmos a criança, fizemos contato telefônico com a mãe explicando sobre a pesquisa e convidando-a a participar; após o aceite da mãe, marcamos uma data para a entrevista com ela e posteriormente com a criança. Em contato com a mãe levantamos o nome e dados da professora e entramos em contato com ela, a qual prontamente nos atendeu, realizando a entrevista na sala da coordenação da escola onde trabalha.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁹, sendo ele dividido em três modelos: para os responsáveis, para a professora e para a mãe como responsável legal autorizando a participação do filho. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, para facilitar a análise.

4.4 Processo de Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo, mais especificamente na análise categorial temática, proposta por Laurence Bardin (2011), que segundo ela trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a uma diversidade de discursos e que se encontra em contínuo aperfeiçoamento, ou seja, é um conjunto de técnicas de análises de comunicações. A autora diz ainda que o investigador possui uma atração pelo que se encontra latente, o não aparente e o potencial inédito de uma mensagem. A autora descreve o trabalho do mesmo como: “Tarefa paciente de ‘desocultação’, responde a essa atitude de *voyeur* de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico (p. 15)”.

Do mesmo modo, Franco (2003) destaca o fato de que, toda mensagem emitida, seja uma palavra, um texto, ou um discurso inteiro, carregam traços do contexto social vivido pelo

¹⁸ Vide Anexo A.

¹⁹ Vide Apêndices D, E, F.

emissor da fala. Esses conteúdos então poderão ser interpretados retirando-lhes seu significado explícito ou latente que será analisado e comparado com teorias, por exemplo, “[...] o investigador, ao ler ou ouvir um discurso sobre *o papel do educador*, deve ser capaz de poder compatibilizar o conteúdo do discurso (lido ou ouvido) com alguma, ou algumas teorias explicativas (p. 25)”.

Segundo Bardin (2011), existem três fases na organização da análise de conteúdo, sendo elas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação.

Nessa pesquisa durante a chamada fase de pré-análise foi realizada a organização dos dados colhidos, e a sistematização dos mesmos por meio das primeiras impressões e leituras já realizadas. Esse primeiro contato com os dados consistiu em leituras flutuantes que, segundo Bardin (2011), permite que o pesquisador deixe-se invadir por impressões e orientações, ocorrendo a criação de hipóteses e projeções de teorias sobre os dados lidos.

A segunda fase da análise consistiu na exploração do material, na qual os dados foram agrupados em categorias emergidas a partir das entrevistas, respeitando as questões norteadoras e os objetivos estabelecidos na pesquisa. Sendo assim, foi realizado o agrupamento de temas afins em uma mesma categoria.

A última fase da análise, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, teve como objetivo tornar significativo os resultados brutos, por meio das inferências e interpretações sobre eles e suas particularidades, das nuances expressas e das relações entre os diversos elementos analisados a partir do referencial teórico utilizado. Esta fase representa a sistematização final dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção apresentamos os resultados das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, seguidos de sua análise e discussão com base na literatura por meio da técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin (2011). Os participantes da pesquisa foram: uma criança diagnosticada com TDAH e que consumia medicação há cerca de um ano, que no momento da entrevista estudava no terceiro ano do ensino fundamental da rede pública municipal e que frequentava psicoterapia em uma clínica escola entre os anos de 2011 e 2014; sua mãe; e sua professora atual. A fim de manter o sigilo e conservando os padrões éticos que regem a pesquisa com seres humanos, os participantes serão chamados por nomes fictícios, assim como, qualquer instituição ou pessoa que possa estar presente nas falas dos participantes. A mãe se chamará Maria, a criança Fabiano e a professora Ana. Os relatos dos participantes considerados mais expressivos serão transcritos na íntegra durante o texto em itálico, preservando o conteúdo e retirando apenas os vícios de linguagem. As informações adicionais apresentadas pela entrevistadora, assim como, as expressões faciais ou gestuais dos participantes durante a entrevista que forem vistos como importantes para a interpretação serão apresentados nas falas entre parênteses.

A partir da fala dos participantes e dos objetivos da presente pesquisa: analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização, mais especificamente almejando compreender como se dá o processo de diagnóstico dos transtornos de aprendizagem e compreender o significado atribuído pela família e pela escola à medicalização dos transtornos de aprendizagem, quatro categorias foram definidas: A – O Processo Diagnóstico: Transformando em Doença; B – Tratamento do TDAH: A Busca de uma Fórmula Mágica; C – Consequências da Medicalização na Vida de Fabiano; D – Escola e o Processo de Medicalização.

5.1 O Processo Diagnóstico: Transformando em Doença

*“Plunct plact zum”/Não vai a lugar nenhum
Tem que ser selado, registrado, carimbado, avaliado e rotulado
Se quiser voar
Pra lua a taxa é alta/Pro sol a identidade.
Mas, já pro seu foguete viajar pelo universo
É preciso o meu carimbo/Dando sim, sim, sim...*

Essa categoria tratará dos relatos referentes ao diagnóstico do TDAH, analisando-se o processo que culminou na medicalização da vida da criança, observando quem solicitou, como se deu, quais os instrumentos utilizados para a comprovação do transtorno, entre outros aspectos.

No início da entrevista ficou claro que a procura por profissionais da saúde se deu em virtude das constantes cobranças da escola na qual Fabiano estudava nos primeiros anos do ensino infantil. A mãe, cansada de ser chamada na diretoria devido ao comportamento agressivo e desafiador da criança, entendeu que era necessário investigar a saúde de seu filho. Nessa e em outras várias histórias nem pais e nem professores cogitaram investigar os determinantes históricos e sociais que permeavam o desenvolvimento da criança, possivelmente por desconhecerem a lógica medicalizante e atribuírem as dificuldades escolares a problemas orgânicos, ou ainda a conflitos extraescolares.

Foram várias as situações vivenciadas pela família, aqui representada pela figura materna, no início da alfabetização de Fabiano:

Maria: [...] ele sempre tinha, esses tiques dele, essa hiperatividade. [...] só que daí, uns professores totalmente sem noção, depois que eu fiquei sabendo, colocavam ele pra fora porque eu era a merendeira de lá, ao invés de chamar e conversar, não! Colocavam pra fora, e ele ia lá pra minha cozinha, aí eu falava, “meu filho vai lá pra sala”, pegava, levava lá, dali a pouco estava o Fabiano no corredor, e aí acabou que eu até tirei ele da escola. Meu marido não trabalhava e ficou com ele quando ele tinha quatro anos. Daí quando ele fez cinco eu falei, não agora tem que estudar né! Foi aí que eu pedi pra sair, pra não ficar aquela coisa de que era filho de funcionária, e exigi mais também, porque daí é só mãe né! Eu exijo que meu filho tenha uma educação tanto quanto a dos outros, sem ficar saindo. Colocava pra fora, porque era filho de funcionário, “vai lá com a sua mãe”. Aí pediram pra procurar tratamento, e eu falei: Não! Vamos procurar! E ele foi para a psicóloga.

A escola, ao deparar-se com o “desinteresse e resistência”²⁰ da criança na sala de aula, a exclui, encaminhando aos cuidados da mãe, a qual nesta ocasião era funcionária da escola. Na sequência, não a tendo mais no quadro de funcionários, solicitam à mãe o encaminhamento da criança para profissionais de saúde. Parece-nos que ao solicitar à mãe o encaminhamento de Fabiano aos profissionais da saúde, a escola pressupõe um pré-diagnóstico, normalmente psicológico ou psiquiátrico, buscando um aval deles para desincumbir-se da responsabilidade pelo ensino. Ao agir dessa maneira prática, a escola

²⁰ Destaque nosso.

transforma as situações do cotidiano escolar de Fabiano em uma possível patologia e as transfere aos profissionais de saúde.

A partir daí o processo de diagnóstico tem início por meio de uma psicóloga da rede pública de saúde. Nesse sentido, para Crochík e Crochík (2011), quando a escola solicita a resolução dos problemas dos alunos, através de consultas e psicoterapia, ou seja, busca a solução dos problemas fora da escola, consegue tamponar suas próprias características, que podem estar gerando o desinteresse e a desatenção dos alunos.

Desse modo, a criança passa a ser submetida a sessões de psicoterapia individual que, segundo a mãe, ajudaram quanto ao mau comportamento, mas não foi o suficiente em relação ao desempenho escolar. Antes do diagnóstico final e do encaminhamento da criança ao neurologista a psicóloga chega a levantar a hipótese de que Fabiano era paparicado demais, demonstrando a dificuldade em diagnosticar o transtorno. No trecho da entrevista transcrito a seguir, quando perguntado à mãe se o menino estava aprendendo ela diz:

Maria: Não! Acredito que não estava não, mas ninguém diagnosticava né?. Achavam que era um menino paparicado demais, até a psicóloga falou várias vezes que muito disso era porque ele era filho único, falava pra mim: “você tem que arrumar outro, arrumar um irmãozinho pro Fabiano, porque ele é filho único”, e daí ficava por isso mesmo.

A psicóloga acena com a possibilidade de que ele fosse apenas uma criança “paparicada”²¹ demais, constituindo-se aí uma hipótese para os problemas de comportamento do garoto, porém como explicado a seguir, devido à ansiedade da escola e da mãe por uma resposta, a criança foi encaminhada ao médico e este lançou mão de alguns exames e teste para o diagnóstico, o que será discutido mais adiante.

Para Moysés e Collares (2013), atualmente, qualquer criança que de alguma forma escape às normas e padrões estabelecidos pela sociedade, seja expressando formas diferentes de aprender, agir, reagir, se comportar ou não se comportar, está sujeita ao estigma de um transtorno neuropsiquiátrico, o que acaba desencadeando extensos e caros tratamentos, que envolvem uma gama de profissionais da saúde e medicações. Este é o caso de Fabiano que já frequentou as clínicas psicológica e neurológica e faz uso de medicação.

Por meio da fala colhida na entrevista é possível inferir que os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento acabam sofrendo uma espécie de pressão, pois incomodados com o comportamento da criança e muitas vezes pressionados pela escola, os pais acabam cobrando do profissional um diagnóstico, um remédio, uma receita que possa

²¹ Destaque nosso.

sanar as dificuldades de seu filho, assim como esbarram na imprecisão do diagnóstico de determinados transtornos, como é o caso do TDAH, encontrando dificuldade para exercer sua atividade. Essa situação é expressa quando a mãe diz: *“Maria: Ele fez isso aí (terapia com psicóloga) foi quase um ano, uns oito meses por aí, daí ela deu alta pra ele, aí eu falei: mas como? Doutora o Fabiano não mudou! Não tem um exame? Passar pra outro especialista?”*.

Dessa forma, pode-se perceber que a medicina principalmente, mas também as demais profissões ligadas à área da saúde, estão de fato instaladas no ideário social como algo imprescindível, elas normatizam e ditam regras pautadas na invariância da determinação biológica, como observa Moysés (2001, p. 171) no trecho a seguir: “Com o consentimento da sociedade, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida, estão colocadas as condições históricas [...] para nosso objeto, mais especificamente, a medicalização do comportamento e da aprendizagem”. Devido à crença e a confiança dispensadas à medicina, para a mãe de Fabiano e tantas outras mães é inconcebível que não haja uma resposta, deve existir algum diagnóstico e um subsequente tratamento, pois isso foi disseminado no ideário social. Na ânsia de acabar com as dificuldades do filho recorrem à medicina, pois esse lhes parece o melhor caminho.

Neste contexto não se busca uma investigação mais profunda e multicausal dos problemas de comportamento e desenvolvimento escolar. Pelo contrário, parece ser preciso encontrar na criança algo que justifique os acontecimentos, algo estritamente orgânico ou psicológico. Para a própria família e por força da escola, nesse momento, precisa-se classificar e nomear a situação parecendo haver uma ansiedade de confirmar o transtorno, como se o rótulo pudesse sanar ou amenizar os problemas, pois já estão cansados de percorrer clínicas recebendo diagnósticos vagos, precisam de algo concreto, e que acabe com o martírio. Para Patto (1996) essa prática ocorre desde o início do século XX, ou seja, quando a criança não alcança as metas estabelecidas pela escola, ela é submetida ao olhar médico-psicológico que irá diagnosticar e “encontrar” na criança a culpa por seu fracasso escolar.

Aparentemente, em busca de adiar o diagnóstico e evitar um rótulo precoce ou ainda confusa com as incertezas do TDAH, além da hipótese referente ao “mimo”²² recebido pela criança, que porventura é filho único, a psicóloga ainda intrigou-se com o fato de que Fabiano nunca teve problemas para dormir, sintoma presente segundo os defensores do TDAH como transtorno comum às crianças na atualidade. Ela também levanta a questão da idade para o

²² Destaque nosso.

diagnóstico, pois na época Fabiano ainda não havia completado os sete anos, conforme pode ser observado no trecho abaixo:

Maria: Aí ela disse que tinha que esperar ele completar sete anos, que ela tinha uma desconfiança que ele fosse hiperativo, mas não tinha como diagnosticar antes dos sete né, que ele tinha algumas das características, porque em algumas características ele se encaixava e em outras não. Por exemplo, dizem que o hiperativo não dorme, e o meu filho nunca ficou sem dormir, assim desde pequenininho, “ah não quero dormir”, “vai dormir sim”²³, então às vezes seja manha também né, que filho não quer dormir, não vai dormir, e o meu não, tá na hora de dormir vai dormir, então ele tinha algumas coisas que não se encaixavam na hiperatividade e outras sim, por isso que esperou ele completar sete anos.

Apesar da busca, por parte da psicóloga, de elementos relativos à história de vida da criança que pudessem justificar seu comportamento, em nenhum momento a mãe relatou qualquer tentativa da psicóloga de entrar em contato com a escola e os profissionais envolvidos na escolarização de Fabiano, desconsiderando o fato de que a escola solicitou da mãe que tomasse providências. As questões referentes ao ambiente escolar, às práticas pedagógicas, e até mesmo a qualidade da educação que vem sendo oferecida e as condições de trabalho dos professores não são levadas em consideração, o olhar parece se manter voltado unicamente à criança e ao suposto transtorno de comportamento.

Em relação a isso, segundo Souza (2014), o atendimento psicológico prioriza a criança e seu meio familiar durante a investigação das queixas escolares. Os profissionais têm sido pouco atentos aos fatores sociais e institucionais ligados à produção, permanência e intensificação das dificuldades e tristezas trazidas por meio da queixa escolar. A autora salienta que não são apenas os psicólogos que trabalham com esse olhar, mas também os neurologistas, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros.

Segundo Collares e Moysés (2014) no Brasil e em vários outros países, existem alguns profissionais e instituições que funcionam como verdadeiras fábricas de etiquetas, pois a maioria dos pacientes que passam por eles acabam saindo com o mesmo diagnóstico. Isso é forte indício de que as pessoas estão apenas recebendo rótulos e não passam por um processo de profunda análise que possa culminar em um diagnóstico mais preciso.

Nesse sentido, para Patto (1996), esses profissionais que trabalham em ambientes públicos ou particulares têm confirmado as suposições de professores, diagnosticando os alunos encaminhados por não corresponderem às expectativas de rendimento estabelecidas pela escola. Esta confirmação reforça a concepção dos professores e aumenta a probabilidade

²³ Destaques nossos.

de que, cada vez mais, mais crianças sejam encaminhadas para diagnóstico médico ou psicológico.

Dessa forma, a família de Fabiano aguardou completar os sete anos de idade como havia solicitado a psicóloga, retornando então aos atendimentos. Sobre isso a mãe relata:

Maria: Daí a gente fez mais um tempo, [...] ela passou encaminhamento, aí não me lembro se foi no mesmo ano que a gente conseguiu, aí ele fez um exame, ressonância, não! Ressonância é agora. Eletro! Da cabeça. Deu normal, e ele passou um questionário porque na, como que eu falei agora? No eletro, não deu nada era normal. E agora, dessa última vez que a gente foi lá no consultório, ele pediu uma ressonância também, só que é muito difícil né, só tem na capital, tá aqui o pedido, esses dias eu fui lá e ainda não conseguiu a vaga não.

Por meio do trecho acima se observa que para a confirmação do diagnóstico o neurologista faz uso do eletroencefalograma, do SNAP IV e da ressonância magnética. Os dois primeiros, segundo Moysés (2001), são comumente utilizados no diagnóstico de transtornos de aprendizagem. A autora alerta quanto à real indicação do eletroencefalograma (EEG), pois segundo ela, ele serviria estritamente para a elucidação de crises convulsivas, ou seja, só deveria ser solicitado a pacientes que tiveram suspeitas de convulsões. Ela aponta ainda que, na maioria dos casos, discussões a respeito do EEG são encontradas em livros que abordam a epilepsia.

Segundo Dona Maria, mãe de Fabiano, seu médico neurologista pediu o EEG como parte fundamental do diagnóstico: “*Maria: Ele falou que era pra ver se tinha alguma coisa, [...] que a Doutora (psicóloga) tinha encaminhado, solicitando pra ver se era, estava lá escrito déficit de atenção e hiperatividade, só pra isso mesmo*”. Quanto ao EEG ficou claro que faz parte do diagnóstico, no entanto, a ressonância também foi solicitada depois, mas a justificativa para essa solicitação não ficou evidente.

O ponto mais intrigante sobre o EEG reside no fato de que o próprio médico tem conhecimento de que o exame é desnecessário, fato que fica claro quando a mãe fala do diagnóstico de acordo com a explicação do médico:

Maria: É ele explicou que era uma forma dos médicos conseguir diagnosticar, porque esse negócio, acho que nem dá em exame, o exame que você fizer vai dar normal, isso aí não é uma doença física, é uma deficiência, uma dificuldade, não diagnostica.

O médico cai em contradição quando diz que o exame serve para o diagnóstico e ao mesmo tempo diz que o TDAH não pode ser detectado através de exames. Então é nesse

ponto que surge a necessidade da utilização de outros instrumentos que possam comprovar o diagnóstico e, nessa perspectiva o SNAP IV passa a ser empregado pelo médico na avaliação da criança:

Maria: [...] e dali que ele diagnosticou, que era hiperativo e déficit de atenção. É um questionário com perguntas que a mãe, o pai e a professora respondia, as mesmas perguntas, com as respostas, muito, um monte de opções. [...] aí foi dali que ele diagnosticou que ele era hiperativo e déficit de atenção [...].

Em relação ao uso do SNAP IV, Moysés e Collares (2013, p. 55) ressaltam que o questionário é tão sugestivo que poucos escapariam da sentença. As autoras salientam que as perguntas são abertas demais e revelam situações comuns do dia a dia das crianças, tornando praticamente impossível que algum entrevistado não se encaixe nos quesitos. Para elas esses “interrogatórios sugestivos” estão travestidos de “critérios diagnósticos”, “questionários padronizados”, “escalas de XYZ normalizadoras”²⁴, entre outros nomes.

Para melhor entendimento do questionário faz-se necessária a discussão de alguns pontos. No trecho a seguir a mãe descreve o comportamento da criança como agressivo, e traz um dos tópicos discutidos por Moysés e Collares (2013) a respeito do SNAP IV:

Maria: Ele era agressivo, assim, as professoras falavam que ele batia nas crianças, ele não parava na sala de aula né, ele saía, [...] se você forçar ele assim, ele fica muito nervoso né [...], por exemplo, se fizer ele sentar e ele não quer sentar, agora não é isso mais né, mas era assim, fazia a rodinha e tal e ele não queria a rodinha de criança né, não queria participar daí ele já ficava agressivo, batia nas outras crianças, saía correndo, teve uma época mesmo que quase todo dia me ligavam que o Fabiano estava correndo em volta da escola, e daí foi assim, era assim.

As autoras citadas acima destacam que a frase: sair do lugar em situações em que se espera que fique sentado, que faz parte do questionário utilizado no diagnóstico de TDAH, o SNAP IV, retrata a rigidez e estreiteza das normas sociais vigentes, quando cobra esse comportamento da criança. Por que essa criança devia aceitar ficar sentada nesse momento? Para que? E a pedido de quem? Vários podem ser os questionamentos nesse sentido, mas talvez para a criança aquela atividade realmente não lhe chamava atenção e por isso não lhe parecia necessário esperar ali sentado, muito mais agradável lhe parecia correr ao redor da escola livremente.

Ao encontrar uma resposta para os problemas da criança, a mãe demonstra alívio, pois havia algo palpável, e um tratamento a ser feito para amenizar as dificuldades. Como citado

²⁴ Destaques das autoras.

anteriormente a professora também foi entrevistada, e foi possível observar na entrevista as dificuldades dos profissionais da educação em se adaptar a essa onda de diagnósticos sofrida por seus alunos. Em um primeiro momento ela atribui grande importância ao diagnóstico, porém quando questionada sobre a sua importância e eficácia na categoria Tratamento do TDAH: A Busca de uma Fórmula Mágica, ela parece pensar se realmente ele era necessário. A seguir alguns trechos do relato dela sobre o diagnóstico:

Ana: [...] tem grande importância que é muito, muito, muito grande mesmo, de suma importância, porque, por exemplo, o professor, ele não pode nem sugerir um nome né, por mais que a gente tenha visto, por mais que você se interessa, pesquisa, sabe o que é mais ou menos, mas você não pode nem sugerir, e a gente aconselha o pai, aconselha aos pais levarem nos profissionais, consultá-los [...]

Ana: [...] o diagnóstico em si, ajuda muito, porque na verdade ampara o aluno também, porque um menino com laudo, com diagnóstico, o professor sabe que tem que trabalhar com ele diferenciado, e sabe que não pode travá-lo na questão repetência, de ficar, porque isso não vai ajudar em nada, o desenvolvimento dele vai sempre ser o mesmo, gradual, mais lento, mais devagar do que o outro, mas que ele chega, que ele pode chegar lá, como que eu diria, a um nível igual aos outros ou muito próximo [...].

O laudo passa a ter um grande valor no âmbito escolar, porém ele vem segregar a criança, estereotipar e retirar a responsabilidade da escola. Não reprovar uma criança, simplesmente, porque ela porta um laudo não significa estar respeitando suas diferenças, e sim não estar permitindo que ela se desenvolva como as outras.

Neste sentido, Souza (2011) comenta a questão de dar explicações organicistas aos problemas escolares, destacando que entende a relevância da evolução da ciência para a resolução de alguns processos humanos, porém faz questionamentos à utilização de elementos da biologia para explicar problemas no campo educacional. Para ela as relações de aprendizagem transcendem os campos biológico e neurológico, estando também presentes no campo social, histórico e político. Portanto, os problemas de aprendizagem não podem ser analisados de forma individual, situando-as apenas no aluno.

A ideia apresentada no parágrafo anterior não é compartilhada por todos, por conseguinte muitas crianças têm recebido rótulos quando se avalia o problema apenas no âmbito individual. No caso aqui discutido, a importância do laudo para tranquilizar e eximir a escola de qualquer falha fica claro, quando a professora profere o seguinte trecho com grande entonação:

Ana: Então na realidade, quando eu soube do Fabiano na verdade o meu sentimento foi de alegria, não por ele ser o que é, por ele ter essa, vamos dizer limitação, mas feliz porque a mãe foi atrás, por que a família foi buscar, então,

agora ele é, então assim, concretizou o... como eu diria? Aquilo que a gente pensava qual a palavra que eu posso usar? É concretizou mesmo.

A professora estranhamente diz sentir alegria com o estabelecimento do diagnóstico e a comprovação de sua suspeita, parecendo até mesmo ser possível perceber um sentimento de alívio, mas alívio de que? Provavelmente porque agora não será mais cobrada, pois o problema foi identificado e está instalado na criança, a sua suspeita se materializou.

A função do diagnóstico discutida nessa categoria é amenizar os conflitos causados na escola, quando uma criança não atinge os níveis padronizados esperados. Em relação a isso Moysés (2001) diz que quando feito um diagnóstico, como num passe de mágica, as pressões tendem a diminuir, como se ele bastasse, e o tratamento nem tivesse tanta importância. Portanto, o diagnóstico não dá conta de resolver por completo o problema, mas ele acalma os conflitos que uma criança que supostamente não aprende pode gerar no interior da escola.

Pode-se pensar também na função disciplinar do diagnóstico, pois ao estabelecer o rótulo de TDAH, a criança, geralmente, passa a ser tratada de uma forma diferente, buscando-se instaurar os esperados modos “normais”²⁵ de ser e agir e integrá-la ao convívio social na escola.

O que não percebem é que esse rótulo colocado nas crianças de forma tão rápida e indiscriminada poderá marcar para sempre sua vida acadêmica e pessoal, apresentando-se como um caminho sem volta, uma espécie de destino, causando danos que poderão ser carregados por toda a vida (JAFFERIAN; BARONE, 2015). Logo abaixo a professora manifesta sua percepção em relação aos sentimentos da criança decorrentes do diagnóstico:

Ana: [...] confirmou aquelas nossas suspeitas né, de que o Fabiano tinha dificuldade, então confirmou e eu vejo que até para o próprio aluno parece que foi tranquilizador, ele saber de um médico, saber de como deve ser tratado e tal, eu imaginei assim, eu não sei se foi uma das melhores formas de ser bem tratado né, como todo mundo viu essa questão do Fabiano, mas eu penso que pra ele, ele ficou feliz também “então eu tenho isso, uma limitação, mas eu posso ir assim, eu sou inteligente” [...].

Ela relata a tranquilidade trazida pelo laudo à criança como se tivesse uma procuração para falar em seu nome. No tocante a esse ponto é preciso realizar uma análise mais complexa, pois pode-se pensar em duas hipóteses: o menino podia transparecer tranquilidade após o diagnóstico porque antes se sentia muito pressionado a produzir da maneira idealizada pela escola, pois agora iriam parar com a cobrança e as comparações, mas por outro lado iriam impor o rótulo; outra hipótese para essa alegria percebida pela professora poderia advir

²⁵ Destaque nosso.

do fato de que agora tudo iria se tornar mais cômodo, o diagnóstico lhe traria ganhos secundários e o livramento de muitas tarefas.

Ana: Bem, foi aquilo que eu te disse no início, é tipo um entusiasmo, ele estava feliz na sua expressão de que parece que ele tinha conseguido uma solução, era assim que ele me passava, entendeu, ele estava contente e bem ansioso pra me contar aquilo.

Em uma pesquisa realizada por Landskron e Sperb (2008) foram entrevistadas professoras de crianças que haviam recebido o diagnóstico de TDAH. O relato das professoras demonstram percepções semelhantes às da professora de Fabiano ao referirem-se ao fato de que seus alunos se sentiam pressionados pelos pais e escola a produzir e que isso de certa forma era prejudicial ao desenvolvimento das crianças. A professora de Fabiano pontuou sobre esse aspecto, dizendo que quando deixaram de cobrar acerca da escrita cursiva, ele começou a produzir mais a seu jeito.

As entrevistadas falavam ainda sobre o controle das crianças em sala, que deveriam por regra estar sentadas na cadeira, com a mesa na posição correta e com os materiais escolares devidamente organizados. Essa visão é a chamada tradicional como dizem as autoras: “A dificuldade de controlar o comportamento contrasta com a postura idealizada, que se coaduna ao sistema de ensino tradicional. O aluno que não corresponde às expectativas da escola tende a ser trabalhado para se ajustar, adaptar (LANDSKRON; SPERB, 2008, p. 161)”.

Ainda no tocante ao diagnóstico, tanto a mãe quanto a professora de Fabiano apresentam o discurso de que a criança e a família têm direito de receber diagnóstico e tratamento para o suposto transtorno. A esse respeito Souza (2011, p. 64) afirma:

Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. Esse argumento vem ganhando os espaços legislativos de grande parte de cidades e estados brasileiros por meio de inúmeros projetos de lei que visam criar serviços sejam nas Secretarias de Educação, seja na Secretaria de Saúde, para atender as crianças com problemas escolares.

A família e a escola, ingenuamente, acabam acreditando ser importante que a criança tenha um diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento. Baseados em tal concepção não procuram desenvolver outras hipóteses sobre o caso e, automaticamente, apontam a criança como portadora de um transtorno. Ao invés de fazer referência aos problemas estruturais do Estado como causadores do fracasso escolar, colocam sobre o Estado o dever de propiciar tratamento à criança. No trecho abaixo a professora comenta que precisam do laudo e do

tratamento para dar andamento ao ano letivo, mas para que? Na verdade o que se tem visto é que a criança acaba recebendo apenas um rótulo, o qual exonera a escola do mau rendimento do aluno e tranquiliza os pais já perturbados com a cobrança por atitudes, como relata a professora a seguir:

Ana: [...] agora minha dificuldade é quando não se vai procurar os profissionais, e aí a mãe do Fabiano foi pra um particular, mas as nossas mães não vão, porque o público é muito demorado, os agendamentos são muito longos e a gente precisa disso pra caminhar durante o ano, então se o pai não vai atrás, não busca, não corre, precisa até da questão financeira, nós somos de um bairro pobre, nós somos da periferia da cidade, tá todo mundo muito carente, então nós enfrentamos essa dificuldade, entramos de novo nas políticas públicas [...]

As políticas públicas de saúde são criticadas, quando ela relata que o sistema público demora a realizar seus atendimentos, mas em nenhum momento critica alguma política educacional que pode sim estar influenciando o ambiente escolar.

A respeito do atendimento no sistema público a mãe também relata que gostaria que fosse melhor. Não se trata de questionar, negar, ou retirar os importantes direitos dos cidadãos em relação à saúde e educação, mas o foco volta-se apenas para a ineficácia dos tratamentos de saúde e não se pensa nos problemas vinculados à educação, ou seja, a qualidade da escolarização que recebe a criança e que ocasionou as queixas que culminaram na vinculação de TDAH e consequente fracasso escolar.

Maria: Eu acho que poderia ser melhor no tratamento, se a gente conseguisse. Menos dificuldade, por exemplo, agora eu preciso fazer um exame e eu não consigo, não é fácil, já me falaram até que eu tenho que ir ao Ministério Público. Pedir lá pra menina, ver se consegue agilizar porque não vai conseguir se ficar esperando agendar. Que poderia mudar o sistema público, mesmo né, os políticos mesmo (rsrsrsr). Igual no começo a gente conversou a questão de eu achar que é muito difícil, que é muito pesado pra mim, eu não acho não, é só o sistema mesmo que poderia ser um pouco melhor, se a gente conseguir umas consultas mais fácil, se a gente conseguir ter profissionais na cidade que a gente mora, porque eu tenho que ir pra outra cidade, só isso.

Nesse trecho a mãe parece diminuir seu próprio sofrimento, pois o diagnóstico em si não se apresenta como o centro do problema, o incômodo maior decorre da falta de assistência dos serviços de saúde.

Mantendo a lógica individualizante, a professora de Fabiano levanta a possibilidade de que em sua sala de aula existam várias crianças que apresentam algum transtorno e que não possuem o tão esperado laudo médico. Ela faz afirmações bem características, e que acabam por desencadear a busca desenfreada pela culpabilização da vítima, no caso as crianças.

Ana: [...] eu tenho na minha sala pelo menos uns três, quatro preocupantes, mas quando vem o diagnóstico isso nos alegra, não sei, tranquiliza, talvez no sentido de que: Não! Agora como eu vou? Como eu vou lidar com fulano? Alguém já disse que ele tem né, assim então, qual é o meu procedimento com esse tipo de aluno? É pecar menos.

Ela diz que é pecar menos, que o diagnóstico auxilia na escolha dos procedimentos a serem adotados, porém o que se percebe no caso de Fabiano é que o diagnóstico só vem rotular, dar nome ao problema, classificar e enquadrar, pois em nenhum momento se percebe formas mais assertivas de trabalhar com a criança, apenas a introdução da substância que irá controlar seu comportamento, a Ritalina, discutida mais à frente.

Segundo Guarido e Voltolini (2009), os profissionais da escola demonstram acreditar que o diagnóstico por si só trará receitas de como lidar com as dificuldades dos alunos, como se juntamente com ele viesse a metodologia adequada para lidar com cada transtorno. A professora de Fabiano diz que é pecar menos, mas ao que tudo indica não encontrou nenhuma fórmula mágica para seu aluno após o diagnóstico.

Não foi observada nenhuma mudança nas atividades pedagógicas empregadas na turma de Fabiano, que inclusive segundo a professora conta com mais alunos com dificuldade, como ela relata no seguinte trecho:

Ana: E na verdade a gente tem o Fabiano com diagnóstico, mas nós temos muito mais alunos que demonstram.... Na minha sala eu tenho outro que agora tá desenvolvendo a leitura, mas a escrita tem dificuldade. Então assim, na verdade quando eles precisam desse tratamento eu não acho assim estranho, de acordo com os dados que nós temos, uma porcentagem boa da população sofre de alguma ... de algum transtorno, de uma dislexia, de uma dificuldade ou de outra, e não acho estranho não,

Para ela atualmente é normal que as pessoas, via de regra, apresentem algum transtorno, naturalizando-se a doença. O adoecimento da população, o modismo, a busca por soluções médicas aos problemas cotidianos tornou-se realmente algo comum, quando não se pensa criticamente. Não existe a percepção de que quanto mais alunos na sala de aula apresentam dificuldades, a tendência natural seria a busca da compreensão do fenômeno e as soluções a serem implantadas, e não a simples classificação e medicação do problema, como forma de evitar a reflexão mais profunda.

Guarido e Voltolini (2009) destacam como o saber médico está inserido na escola e é disseminado pela mídia leiga na atualidade, permeando inclusive os discursos dos professores e coordenadores escolares, quando desenvolvem diagnósticos ou previsões a respeito dos

alunos, especialmente quando se trata de suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, os encaminhando para avaliações psiquiátricas, neurológicas e psicológicas.

Aparentemente a professora participante apresenta uma grande submissão ao diagnóstico médico, pois no trecho transcrito a seguir, quando perguntada se achava necessário que a família buscasse uma segunda opinião, ela diz: *“Ana: Um outro médico ou? Não! Na verdade eu até achei, pra ser bem sincera, que ele foi diagnosticado muito rápido, tipo por um profissional só, não sei se foi uma consulta só, e ele já veio com o diagnóstico [...]”*. Para a professora o importante é que ele foi diagnosticado, a rapidez não foi tida como uma precipitação sem observações de uma equipe multidisciplinar, e sim como algo bom, que acabou com a angústia.

No trabalho de Landskron e Sperb (2008), já citado anteriormente, uma professora entrevistada questionou o saber médico, já a professora de Fabiano não criticou as ordens médicas claramente, mas utilizou-se de suas próprias mudanças de atitude, contribuindo para a melhora da criança. Ao agir de forma crítica a professora do estudo reconheceu seu próprio conhecimento dentro de sala de aula, lançando mão de sua experiência e intuição como professora para indagar se realmente se tratava de quadro de TDAH ou se naquele caso o aluno era apenas agressivo. Já para a professora de Fabiano e várias outras, o diagnóstico médico é algo inquestionável.

5.2 Tratamento do TDAH: A Busca de uma Fórmula Mágica

*Esse remédio jamais vai curar
Esse remédio eu conheço, é aspirina
Isso só faz com que a cabeça descanse em paz
Enquanto a confusão contamina
Esse remédio jamais vai curar
Esse remédio azul anfetamina
Isso só faz do beijo o amor, e do amor a pastilha
Que eu ponho na boca e termina
É como verso popular
Chega nas nuvens, desmancha no ar
E sempre volta pro lugar*

Acústicos & Valvulados, Remédio

A partir dos relatos da mãe, da professora e da criança, essa categoria discute o tratamento, sendo ele: o uso da medicação (Ritalina), e os acompanhamentos neurológico e psicológico.

O diagnóstico, assim como o tratamento do TDAH são incertos, essas incertezas ficaram claras no decorrer das discussões realizadas nesta categoria, quando a mãe e a professora expressaram suas opiniões a respeito de como tem transcorrido o tratamento e a administração da medicação a Fabiano. Elas fazem menção aos atendimentos médico e psicológico e, também, à eficácia ou não do Metilfenidato (Ritalina) que é a medicação utilizada nesse caso. As seguir a mãe relata o atendimento do médico neurologista que realizou o diagnóstico de Fabiano:

Maria: Não, ele não conversa muito não, se a gente pergunta alguma coisa, assim, daí ele fala. Mas dessa última vez mesmo ele: “essa receita não é eu que tenho que te dar, vou falar bem a verdade! Não é o neuro não, é qualquer médico!”, aí eu falei que não é qualquer médico, [...]. E ele disse: “pode ser qualquer, porque até clínico geral pode dar essa receita”, só que os médicos não querem fazer isso, porque não querem se complicar, é uma receita que tem que ir na vigilância sanitária, tem que registrar, tem que, que ele tem um paciente que precisa dessa receita mesmo. Então tudo é uma mão de obra que o médico não quer, ninguém quer pra eles, então aqui só mesmo um Doutor que dá essa receita, aí ele pegou e passou pra mim, “não! Mas você vai ser atendida lá sim, vou te passar um encaminhamento direto pro Doutor então!”, porque é o único que dá essa receita aqui. Aí é assim, ele é bem grossão!

Na fala da mãe observa-se críticas à postura do médico em dois aspectos: a maneira como o neurologista tenta passar a responsabilidade da receita para outro profissional, segundo ela, para evitar a “mão de obra” e a forma pouco amistosa com que trata os pacientes. Quando observa-se a pesquisa de Sapia (2013), percebe-se que o médico pode estar terceirizando as receitas, até mesmo por falta de conhecimento no assunto, ou seja, não sabe como lidar com o transtorno que ele próprio diagnosticou na criança. Na pesquisa supracitada dois neurologistas entrevistados discorrem a respeito da não abordagem de temas como transtornos de aprendizagem na graduação, pois segundo eles somente após a formação é que se depararam com situações de crianças encaminhadas pela escola, o que os fez estudar por conta própria para poder acolher a demanda de crianças que supostamente não aprendem por questões orgânicas ligadas à neurologia.

Em seu estudo, Sapia (2013) relata que um dos médicos de seu estudo procurou reunir-se com outros profissionais da saúde, como psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos, para melhor entender os transtornos de aprendizagem, mas que, na maioria das vezes, continuam mantendo a lógica medicalizante e clínica para explicar o baixo

rendimento escolar. Segundo Guarido (2007), os médicos, muitas vezes, acabam por fortalecer a concepção de que basta investigar sintomas e queixas individuais da criança e, após isso, encaixá-la em algum transtorno apresentado pelo CID, desconsiderando o contexto escolar e a história de vida da criança.

Para a mãe, o neurologista era muito calado e queria de certa forma, passar a sua responsabilidade pela receita a outro médico. Do mesmo modo, na fala a seguir ela alega que ele tenha sido debochado, devido ao sobrepeso da criança, e também comenta o pedido de ressonância magnética:

Maria: Aí essa ressonância esqueci agora o que ele disse, tá lá escrito, mas eu esqueci, uma das coisas que eu me lembro que ele colocou é porque o Fabiano cresceu dentro de seis meses, ele cresceu sete centímetros e engordou sete quilos né, daí ele colocou “esse menino tá muito gordo” (a mãe imita o médico como se o profissional estivesse debochando de seu filho), tem que levar na nutricionista, mas eu falei, mas já tá marcado só que a nutricionista também demora, acho que é pra setembro que eu consegui marcar. Daí eu falei, mas doutor você fala só do peso, mas e o tamanho, olha aqui ó, daí ele olhou lá na ficha, ele cresceu sete centímetros dentro de seis meses, daí ele colocou na ressonância também que é pra ver isso também, o crescimento além do normal.

Aparentemente, estavam encontrando mais um problema, Fabiano estaria crescendo além do esperado, e também estaria acima do peso. A criança realmente estava acima do peso, e parecia ser bem alta quando comparado a outras crianças de sua idade, mas até que ponto a ressonância seria importante nesse momento, já que o próprio médico disse à mãe que o TDAH não poderia ser observado através de exames? Em nenhum momento a mãe relata que o médico tivesse questionado sobre os hábitos alimentares e sobre a prática de exercícios da família, já que a mãe também apresenta sobrepeso.

Logo após a aplicação do SNAP IV e do eletroencefalograma, o médico lança mão da medicação. Introduz o Metilfenidato na rotina da criança e a mãe relata que, na segunda consulta já receitou a medicação. Fabiano faz uso há aproximadamente um ano da chamada Ritalina, sendo este um tempo considerável para que houvesse uma melhora. Quando questionada se ela teria aceitado a medicação, a mãe responde: “*Maria: Eu aceitei porque eu queria alguma coisa concreta, pra ver se resolve ou não resolve. Eu aceitei sim*”. Pode-se inferir por meio deste trecho que Dona Maria sentia-se pressionada e angustiada, queria algo concreto que resolvesse o problema de seu filho, uma espécie de fórmula mágica.

O metilfenidato, psicofármaco que é comercialmente conhecido como Ritalina, é um dos medicamentos mais utilizados no tratamento de crianças diagnosticadas com TDAH, e recentemente tem sido também receitado a adolescentes e adultos (SILVA, *et al*, 2012). Na bula dessa medicação consta o seguinte:

Cerca de 3% das crianças sofrem deste transtorno, o que as torna incapazes de ficarem paradas e/ou se concentrar em tarefas por um determinado período de tempo. As crianças com esse transtorno podem ter dificuldades para aprender e fazer tarefas escolares. Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa. Se o paciente é uma criança ou se você for um adolescente, o médico prescreveu Ritalina® LA como parte de um programa de tratamento de TDAH, o qual incluirá também usualmente terapia psicológica, educacional e social (NOVARTIS, RITALINA, 2015).

Uma frase presente na bula da Ritalina falando sobre as crianças com TDAH se destaca: “Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa”, o que seria esse termo “difícil de lidar”? Seria um comportamento indisciplinado, opositor? E até que ponto ele deveria ser tratado quimicamente? São várias as perguntas e poucas são as respostas até então.

A mãe segue descrevendo a crença no remédio como uma fórmula mágica, mas que no caso está falhando, ou melhor, não está surtindo o efeito desejado, pois para a mãe não basta um menino calado, ela queria evoluções na aprendizagem:

Maria: [...] eu não vi muita coisa nesse remédio não. Eu não sei também se eu que queria que fosse mais rápido, tipo uma mágica que aconteça, mas eu não acho que vi muita melhora com esse remédio não, não sei, se daqui pra frente como é que vai ser. Eu não vou parar assim do nada, mas eu não vi muita melhora assim não.

A mãe aparenta estar descrente quanto à eficácia da medicação, mas ainda está confiante nas ações do saber médico. Quando ela é inquirida sobre a possibilidade do aparecimento de algum efeito colateral à medicação, ela conta que não observou nenhuma alteração, porém logo em seguida sua fala torna-se contraditória ao alegar que a criança se encontra muito quieta, destoando da reação normal de uma criança da idade de Fabiano. Abaixo encontra-se um trecho da entrevista sobre o assunto:

Maria: Não, efeito colateral eu acho que não, mas às vezes eu acho assim, que quando ele tá tomando, ele fica mais paciente, assim mais quieto, mas o médico falou que era até normal fazer isso, ele falou também que era normal se ele emagrecesse um pouco, mas não aconteceu não, depende do organismo de cada pessoa. De ficar mais quietão assim, na dele, e só.

Maria: Mais calado, não sei se é calmo, o médico falou que no dia de esporte dele, não, só pra ir pra escola, e não dar na hora de esporte dele, porque não é bom, ele tem que estar mais solto na hora do esporte. Então acho que é normal ele ficar mais calado, mais na dele.

Fica claro que a medicação modifica o comportamento da criança, deixando-a passiva e calada como diz a mãe, inclusive não sendo indicado pelo médico que tome a medicação antes da prática de esporte. A professora de Fabiano corrobora o pensamento da mãe dizendo

que ele está mais calado: “Sentar, ele não sentava, não ficava quieto, ele fica deitado, ele se contorce na cadeira o tempo todo, e ultimamente ele tem ficado mais”. Ao observar a fala da mãe e da professora, pode-se perceber que estão priorizando o ficar quieto e sentado, até então não visualizaram nenhuma melhora em relação ao aprendizado escolar, que a princípio deveria ser o principal objetivo do tratamento.

O uso indiscriminado da Ritalina e até de outras substâncias tornam os estudantes obedientes, porém academicamente incompetentes. A priori, o objetivo da escola não seria transformar as crianças em meros robôs, pelo contrário a escola deveria oferecer instrumentos sociais e acadêmicos para que os alunos se desenvolvam academicamente e nas interações sociais (AYLLON; LAYMAN; KANDEL, 1975, *apud*, LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011). Além do uso da Ritalina, segundo Moysés (2001), a carbamazepina e outros psicofármacos têm sido receitados a crianças com enurese, nervosismo e agressividade, a fim de enquadrá-los às normas sociais vigentes.

A medicalização em larga escala, segundo Guarido (2007), pode ser interpretada como uma forma de silenciamento dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetividade humana. Dessa forma é fundamental um processo constante de crítica do discurso pedagógico para que ocorra uma redefinição do ato educativo.

Quanto ao tratamento, de maneira geral, a mãe demonstra certa insatisfação e incerteza, sente necessidade de mais orientação do médico, e esperava uma melhora em relação à escola e ao comportamento. A pergunta feita a mãe foi bem específica e a resposta bem esclarecedora, quando perguntada a respeito da satisfação com o tratamento médico:

Maria: Satisfeita? Acho que não, ainda não, eu queria que fosse, que ele conversasse mais, me desse mais uma linha assim né, vamos seguir esse caminho, então me desse mais uma noção do que vai acontecer, não gosto muito desse negócio, “ai o que será que vai acontecer agora?!”, então não estou muito satisfeita não.

Maria: Muito incerto, sei lá duvidoso, a gente podia conversar mais né, explicar mais as coisas, eu penso assim.

Apesar da insatisfação, a mãe acredita que buscar o tratamento médico é indispensável, por isso, pode-se voltar a inferir que a total submissão ao saber médico volta a imperar. Por mais que ela perceba as incoerências do diagnóstico e do tratamento e o descontentamento decorrente, não se sente à vontade para criticar, está sempre na defensiva, faz uma espécie de crítica mas rapidamente retorna à ideia de que não pode opinar, ou seja, não pode contrapor-se a nenhuma decisão médica.

Maria: Porque tem que procurar todos os caminhos. Ai! Não sei como eu vou explicar isso. Tem importância porque senão eu ia ficar me sentindo, “ah se eu tivesse feito assim, se eu tivesse feito assado, o que teria acontecido?”. Não! Eu sempre estou procurando melhora, se não aconteceu, não é por falta de vontade, por falta de ir atrás. Igual agora mesmo, às vezes eu me sinto frustrada, porque eu já queria que tivesse acontecido, que ele já tivesse deslanchado e não aconteceu ainda, mas nem por isso eu vou parar. Então é por isso, que eu acho indispensável a gente tem que estar sempre procurando uma melhora.

A mãe acredita estar fazendo sua parte, pois se a escola encaminhou ao médico ela deve buscar essa alternativa, mas não tem visto o resultado que almejava, sentindo-se frustrada pela falta de resultados, ainda que diga fazer tudo que está ao seu alcance. Em determinado momento foi possível observar que ela atribui melhora em relação ao comportamento de Fabiano em parte devido à psicoterapia e em parte ao próprio crescimento dele, expressando isso no trecho a seguir:

Maria: Comportamental ele melhorou também, por essas terapias, faz terapia então tem que melhorar, mas acho também pela idade, vai amadurecendo. Eu sempre falo, meu filho você tá grandinho, meu filho tal coisa já tá fora do padrão, aí ele graças a Deus, esses comportamentos ele melhorou muito.

Pode-se inferir que, para Maria, o tratamento médico e a medicação não surtiram efeito em relação à aprendizagem, e do mesmo modo a professora parece comungar da mesma opinião, não atribuindo ao medicamento a melhora de Fabiano, mas percebeu outros aspectos que contribuíram para um pequeno avanço do menino.

Ana: Não, não, aquilo que eu te disse desde o início, o trato para como ele, a maneira de proceder com ele, entendeu? De agir com ele, é o que eu vejo, por isso que eu disse pra você, que na verdade eu penso que o peso maior está em quem se relaciona com o Fabiano, a maneira como você entende ele, a maneira como você respeita o Fabiano e as suas limitações, e as suas contribuições, os seus comportamentos e assim, em tudo há um por que dele estar agindo daquela forma, daí eu vejo esse um peso maior, uma porcentagem muito maior do que o medicamento.

Ela demonstra acreditar que sua maneira de se relacionar com a criança auxilia mais no desenvolvimento do que a medicação. No entanto, não descarta a necessidade de que a criança continue o tratamento. A professora conta o que a criança fala sobre a medicação:

Ana: Ele falava Ritalina, e eu ainda insistia com ele, meu filho não seria uma vitamina? Ele disse não professora, é RI-TA-LI-NA, e depois eu vi, ouvi, o psiquiatra dando uma palestra que a Ritalina é algo realmente dado PRA ESTUDANTES (com ênfase)! Ele falou o porquê, mas não devia ser tomado de qualquer forma.

Ana: Ele explicou, nos encontramos fora da escola, ele disse: professora! É, acho que foi num recesso, algo assim. Professora! Eu fui no médico, e aí eu estou

tomando, falou o nome do remédio, Ritalina, pra eu poder concentrar mais e fazer minhas tarefas de casa. E realmente, durante o tempo da medicação dele, ele era um menino que ficou mais calmo, mais tranquilo, não ficou um menino “zen”, vamos dizer assim né, fora de si, nada disso, nem sonolento, nada disso, ele só veio meio que um equilíbrio, como uma normalidade de uma criança, e a concentração dele. Não desenvolveu muito a questão da leitura e da escrita, ele ainda está num estágio bem aquém do que a gente espera para um terceiro ano, mas ele está insistindo. A dificuldade do Fabiano agora é que nós estamos na letra cursiva, que é a letra emendada, de mão que chama, ele tá com dificuldade, às vezes as letras são muito grandes, mas ele está fazendo. E o Fabiano melhorou assim, consideravelmente a agressão, Fabiano deixou de ser um menino agressivo, não briga, porque ele não tolerava nada, nada, uma fala de um colega ele já levantava e resolvia a coisa braçalmente, e ele não mais resolve assim, ele conversa.

A professora Ana fala de equilíbrio, como se houvesse uma maneira padrão de se comportar, e o que foge a esse padrão é considerado anormal e enquadrado como transtorno. No trecho abaixo a própria criança fala do consumo da medicação, e demonstra estar muito bem familiarizada, pois age com naturalidade quando conta, o rótulo foi internalizado e a medicação já faz parte de seu dia a dia, assim como a alimentação ou o banho.

Carine: E como que era pra você tomar esse remédio?

Fabiano: Eu pegava, eu pegava ele numa caixinha, pegava a caixinha, aí depois eu tirava, aí cada dia tinha uma bolinha, depois eu estourava, aí depois saía o comprimido, então, eu, eu sempre fui, ponhei na boca e fui tomar água, antes de ir pra escola.

Carine: Antes de você ir pra escola?

Fabiano: Huhum.

Carine: E você lembra de tomar sozinho?

Fabiano: De vez em quando, é que eu esqueço de tomar.

Carine: Às vezes você esquecia?

Fabiano: Huhum. A Vitalina dura até a noite.

Carine: Porque tem que tomar esse remédio?

Fabiano: A, era TH mesmo.

Fabiano ainda faz confusão com o nome da medicação, muito comum para sua idade, veja a fala abaixo:

Carine: Então, sua mãe me contou que você foi ao médico, que você tomou um remédio, não foi?

Fabiano: (acenou com a cabeça positivamente).

Carine: Como que foi isso? Queria saber um pouquinho, pra você me contar.

Fabiano: Foi bem chato.

Carine: É?

Fabiano: Huhum.

Carine: Conta pra mim um pouquinho, eu queria saber.

Fabiano: Foi chato, muito, eu tinha que esperar, esperar muito.

Carine: Tinha que ficar esperando?

Fabiano: Huhum.

Carine: Mas aquele remédio que você toma, como é que era o nome mesmo?

Fabiano: Não sei, esqueci o nome. O pra ir pra escola eu sei.

Carine: É esse que eu estou falando.

Fabiano: Ah!

Carine: É.

Fabiano: Vitalina é o nome dele.

Infere-se que Fabiano faz aqui uma mistura entre as palavras Ritalina e vitamina, sem saber cria um novo termo. Parece que, inconscientemente, ele acaba abrandando a nomenclatura da droga, dando-lhe um nome mais “viçoso”²⁶. Ao falar da medicação ele descreve os acontecimentos sem se atentar aos aspectos mais subjetivos da questão.

Em determinada situação da entrevista a professora demonstra acreditar que Fabiano havia tomado a medicação por um pequeno espaço de tempo, e na verdade ele já tomava o remédio há cerca de um ano, havia parado apenas por poucos dias quando a mãe sofreu a resistência do médico em passar a receita, fato que foi rapidamente resolvido:

Ana: Então, eu tenho minhas dúvidas, eu também estou assim como você querendo entender o Fabiano, é eu vejo que nós dois temos um bom relacionamento, você entendeu? E a medicação ele tomou por um tempo muito curto, muito curto, é, eu tenho até que ver com a mãe quanto tempo foi, mas assim, foram meses, pouquinho.

Ana acreditava que Fabiano não tomava mais Ritalina, e continua demonstrando que não atribui total importância ao remédio. Para ela ele havia tomado por poucos meses e não observou nenhum resultado relacionado à aprendizagem, apenas tinha melhorado em relação ao que a escola esperava do comportamento de Fabiano. A pesquisadora informou a professora de que na verdade ele havia parado sim, mas por poucos dias, e que até o presente momento da entrevista ainda fazia uso. Quando a pesquisadora pergunta se ela observou alguma diferença nele por conta...? a professora interrompe dizendo: “Ana: *Da parada? Não! Isso que eu ia te dizer, que assim, mesmo ele falando e ela também tinha dito que ele tinha parado com a medicação*”.

Segundo Guarido e Voltolini (2009), ao observar alguma atitude desconhecida ou não desejada por parte do aluno que toma algum medicamento, o professor automaticamente costuma perguntar ao pai se a criança está tomando o remédio corretamente. Tal conduta parece demonstrar que não buscam apenas enquadrar os alunos em um determinado transtorno mental, mas também atribuem qualquer alteração comportamental futura à não administração da medicação ou à sua administração incorreta. Acabam não levando em consideração as experiências do cotidiano escolar que podem sim estar causando alguma mudança comportamental.

Pode-se inferir que a professora não notou melhoras em Fabiano devido ao uso da medicação, o que ela parece perceber é que quando conseguiu dar mais atenção à criança e

²⁶ Destaque nosso.

também aos demais alunos da turma eles atingiram um melhor rendimento escolar e comportamental. Ana havia passado por problemas familiares no ano anterior (no segundo ano escolar de Fabiano, no qual ela também era professora), precisando se ausentar várias vezes da escola, deixando a turma sob a responsabilidade de professores substitutos. Quando ela retornou e pôde focar no trabalho percebeu a melhora em Fabiano, o que nos leva a crer que o diagnóstico foi precipitado.

Outro ponto que se percebe é que a escola solicitou o encaminhamento da criança a psicóloga, depois Fabiano consultou-se com neurologista e continuou por mais algum tempo na psicoterapia na clínica escola, porém os atendimentos se fizeram de maneira individual, sem que os profissionais mantivessem qualquer contato entre eles, sem que enviassem um simples relatório uns aos outros, para que pudessem traçar um tratamento multiprofissional de fato. Dessa forma ressalta-se a desconsideração pelo contexto educacional, que poderia trazer muitas informações e até mesmo soluções para o caso.

5.3 Consequências da Medicalização na Vida de Fabiano

*Eu não caibo mais nas roupas que eu cabia,
Eu não encho mais a casa de alegria.
Os anos se passaram enquanto eu dormia,
E quem eu queria bem me esquecia.
Será que eu falei o que ninguém ouvia?
Será que eu escutei o que ninguém dizia?
Eu não vou me adaptar, me adaptar*

Nando Reis, Não Vou Me Adaptar

Na categoria a seguir serão abordados os sentimentos vivenciados pela família e professora em relação ao diagnóstico de TDAH, assim como as repercussões desse processo e de seu tratamento nos dois ambientes frequentados pela criança. Pretende-se aqui falar da parte subjetiva, das emoções envolvidas no processo de medicalização de Fabiano e até mesmo de como ela interfere em sua vida.

Para dar início à discussão, damos voz a Fabiano trazendo seu relato sobre o que é ser feliz e do quanto acredita estar melhorando na vida e na escola:

Carine: Pra você o que é ser uma criança feliz Fabiano? O que você acha que é ser feliz?

Fabiano: Feliz é fazer as tarefas, e também brincar na vida.
 Carine: Você gosta de estudar?
 Fabiano: Huhum.
 Carine: Você acha que você ia ser mais feliz se você não tivesse que tomar o remédio?
 Fabiano: Huhum.
 Carine: Por quê?
 Fabiano: Porque agora eu to melhorando, fazendo tarefa, outras coisas.
 Carine: E quando você vai fazer as tarefas, você fica nervoso quando você não consegue fazer?
 Fabiano: Huhum.
 Carine: E o que você faz daí?
 Fabiano: Daí eu vou e peço pra minha mãe.

O diagnóstico vem justificar toda e qualquer dificuldade que a criança tenha ou venha a apresentar, ele dá os motivos do fracasso escolar, responsabiliza a criança e seu organismo por todo esse processo (MENDOZA, 2014). Na história de Fabiano, o diagnóstico justifica a sua forma de ser e aprender, como se ele não tivesse mais querer e pensar, ele passa a ser regido pelo transtorno.

Em sua dissertação Christofari (2014, p. 31) faz um questionamento que remete aos comentários da mãe e da professora em relação a Fabiano: “Irrequietos. Desatentos. Preguiçosos. Desanimados. Características individuais ou patologias?”. Para a autora, os modos de ser e agir dos alunos têm sido considerados doenças, culminando no processo de medicalização dentro do ambiente escolar. Do mesmo modo, na história de vida de Fabiano também é possível lançar mão desse questionamento: ser lento, ser agressivo, são apontamentos feitos por componentes de seu meio familiar e escolar, modos de Fabiano reagir às situações, características amplamente subjetivas de sua personalidade são travestidas de sintomas de um pretenso transtorno.

Um exemplo dessa situação pôde ser vista quando a mãe foi questionada sobre o que ela sabia do transtorno, ou seja, como ela percebia o TDAH e ela acaba levantando características da maneira de ser e agir de Fabiano, como se estas fossem imutáveis e inerentes ao transtorno:

Maria: [...] ele tem mais dificuldade do que os outros, ele vai aprender, pelo menos eu li bastante na época, agora eu já parei um pouco, porque eu fiquei meio (risos) [...].

Maria: Exagerando, ele vai ter dificuldade, e alguns não, mas alguns podem ser pela vida toda. Essa dificuldade de sempre estar um pouco, ser mais demorado pra aprender, mais dificultoso, assim, e também diz que pode passar, e pode não passar, porque diz que a partir dos doze, treze anos, que parece que pode passar essa hiperatividade e outros podem levar pela vida toda, essa dificuldade a mais que tem, do que os outros que se diz normal, na sociedade diz normal, mas normal é ser diferente.

Por meio do relato de Dona Maria pode-se inferir que a mãe pesquisou bastante na época em que foi realizado o diagnóstico, o que lhe causou inclusive algumas dúvidas e ansiedade. Quando afirma que ele vai aprender, não demonstra esperança, fala de uma forma como se esperasse que a pesquisadora confirmasse algumas questões, e a que se encontra em foco é: Fabiano vai aprender? A mãe não compreende que aprender não depende apenas de Fabiano, e sim de todo o sistema escolar.

Pensando por essa ótica, a medicalização se faz presente na vida de Fabiano, e assim, seus problemas são considerados apenas seus, é ele quem não aprende, é algo inerente a ele, diz respeito apenas ao indivíduo em particular. Para Christofari (2014) os diferentes modos de ser e de aprender são ignorados, e o fracasso escolar é individualizado e transformado em problemas ligados ao próprio organismo das crianças. Nesse sentido, nomear como transtorno um modo de expressão e de aprendizagem nada mais é que uma estratégia de subjetivação que a medicalização envolve.

O rótulo acontece, quando descrições sobre a criança são feitas, juntamente com a colocação do verbo “ser”²⁷, por exemplo, ele é desinteressado, ele é lento, ele é hiperativo. O discurso escolar está repleto de expressões que cristalizam a maneira de ser da criança, dando a impressão de imutabilidade e estagnação da situação (CHRISTOFARI, 2014).

Da mesma forma Baptista (2006, p. 40) defende a utilização do “estar”²⁸, como forma de aceitar as mudanças cabíveis ao comportamento humano. Ele diz: “[...] nos constituímos em situações que devem ser contextualizadas historicamente, e, portanto, o verbo “estar” parece ser mais potente para descrever nosso interlocutor (e a nós mesmos) do que o “ser”. Somos transitoriedade, modificamo-nos continuamente”.

Além da questão da colocação verbal, pode-se perceber uma certa comparação dos alunos. Braga (2011) diz que existe realmente uma urgência de que as crianças aprendam logo a escrita e leitura, cada vez mais buscam a aceleração da escolarização. A partir dessa chamada de urgência para que a criança esteja alfabetizada, começam as comparações, “um é mais lento do que o outro”, “um é mais inteligente do que o outro”, “um é mais atento do que o outro”. Em várias situações a mãe de Fabiano e também a professora fazem essas comparações, “tem mais dificuldade”, “é mais demorado”²⁹.

Como consequência da medicalização, a criança e a mãe passam a adotar o discurso do “não saber”, “não conseguir”. Maria conta como a criança vê a situação na fala a seguir:

²⁷ Destaque nosso.

²⁸ Destaque nosso.

²⁹ Destaques nossos.

“Maria: [...] ele sempre resiste e fala que não sabe, sempre é no estudar ali, é não conseguir ler, é não conseguir copiar com a mesma rapidez que os outros, é assim mesmo [...]”. Como os personagens dessa história não fazem uma análise mais profunda da situação, e não conhecem de fato a chamada medicalização, a mãe acaba, inocentemente, procurando outras respostas para as dificuldades escolares, inclusive dentro do seio familiar. Ela diz:

Maria: Eu não sei, porque o meu marido tudo que dificulta ele não sabe, por exemplo, ele lê, mas bem pouquinho, aí quando o Fabiano vai, “ah pai lê esse livro aqui pra mim!”, aí ele, “ah filho eu não sei, mande sua mãe”. Então às vezes eu acho que pode ser um sossego, que ele vê, tem os exemplos, e acaba “ah meu pai não consegue e eu também não vou conseguir não, então não vou nem tentar”. Às vezes eu falo pra ele: você não pode ser assim, você tem que ajudar ele, tem que ser um exemplo, mas ele tem dificuldade, aí ele tem essa trava, ele trava igualzinho o Fabiano, diz assim, “Ai meu filho, fala com a sua mãe lá”, então por isso que sempre fica eu assumindo o controle.

Além das supostas dificuldades próprias do organismo de Fabiano, a mãe vê o mau exemplo do pai como determinante do fracasso escolar, como se o filho também tivesse o mesmo comportamento do pai. Christofari (2014, p. 35) explica bem essa questão de buscar na criança e na família as causas para o fracasso escolar, pois quando uma criança encontra dificuldades nos processos de aprendizagem da leitura e escrita, não é a escola que tem sido questionada e sim a própria criança, procura-se nela as causas do não aprender, “buscam-se na criança, em áreas do seu cérebro, em suas condutas e na dinâmica familiar as causas das dificuldades de leitura, da escrita e, conseqüentemente, a justificativa para a suposta incapacidade de acompanhamento dos conteúdos escolares”.

Para Machado (2004), a psicologia tem a tendência de justificar o que acontece nas relações e nas instituições, como algo proveniente de características individuais dos sujeitos, mesmo estando em grupo. Isso isenta o sistema social, político e econômico da sua responsabilidade, apontando o indivíduo como culpado das situações problema. Normalizou-se o pensamento de que as conquistas dependem do esforço individual de cada indivíduo, com a mídia reforçando a ideia de que é preciso lutar individualmente para conseguir o que se quer.

Dessa forma, os envolvidos na história de Fabiano e de muitas outras crianças são levados a acreditar que um indivíduo carrega o problema, sendo assim, a solução seria classifica-lo e trata-lo em particular por meio de encaminhamentos ao neurologista, psiquiatra, psicólogo e demais profissionais da área da saúde.

A própria criança acaba internalizando o discurso médico, assume a postura de doente, como parece ter sido o caso de Fabiano. A mãe conta que ele sofre de baixa autoestima e que ela e a professora procuram evitar comentários perto da criança:

Maria: Não. A gente sempre que conversa perto dele, a professora sempre fala, “não é que ele não sabe Maria, ele sabe que ele é capaz, Fabiano sabe que ele é inteligente”, ele sabe que não é porque ele não consegue, é porque ele vai ser mais devagar que os outros, aí ele já abandona tudo, sempre assim, não é aquela coisa que vai por ele pra baixo não. [...]. Ainda bem que a professora sempre cuida, não é que ele não vai conseguir, é que ele sabe, aí a professora está sempre levantando a estima dele, é que ele sabe, ele sabe, quer dizer, não é que ele não vai conseguir, mas ele sempre vai estar com a estima baixa.

Maria: [...] fala que é burro, “aí eu falo não meu filho você não é burro, você tem dificuldade a mais, mas você não é”, mas ele tem a autoestima baixa sim.

Por mais que relatem cuidado com os comentários, a criança percebe e sente o que acontece ao seu redor, frequenta centros de saúde, toma medicação, e já sabe do que supostamente é acometido: “*Maria: [...] é porque eu tenho TDAH. Mas o que é isso meu filho? Ah! É as pessoas que têm dificuldades, mais dificuldades do que os outros [...]*”. Naturalmente sendo visto e se sentindo como alguém que tem mais dificuldade do que as outras pessoas sua autoestima tende a ser abalada e acaba questionando sua própria inteligência.

Segundo Christofari (2014), enquadradas no discurso da anormalidade, as crianças se entregam ao rótulo, passam a acreditar que estão doentes, fracas e incapazes. Carregam o peso do estigma como forma de sobrevivência no meio escolar. A escola, via de regra, trabalha apenas com uma forma de ensinar, as particularidades do sujeito não são levadas em consideração e quem não se enquadra ficará à margem e receberá o rótulo. A autora diz ainda que a escola oferecida para a criança na atualidade tem suas ações pautadas no discurso medicalizante dos modos de ser e de aprender, tornando a medicalização um problema político-social e que diminui o sujeito.

Dessa forma, a criança também parece utilizar-se do rótulo para escapar de algumas responsabilidades, como conta a mãe:

[...] esses dias eu fiquei reparando, eu tô ajudando ele fazer a tarefa e ele fica, “aí eu não sei fazer isso aqui, eu não sei”, aí esses dias eu fiz um teste, peguei e fiquei quietinha e saí de perto dele, “espera mãe pode voltar eu vou fazer, eu vou fazer”, “não eu vou deixar, você não quer ajuda, já que você não consegue, então deixa aí eu não vou fazer mais não, não vou ficar aí perto de você mais não, quer fazer faz”, depois ele fez, deixei ele lá e ele veio com a tarefinha prontinha, que era do kumon. Então ele sabe e às vezes ele fica nessa, não sei se é preguiça, eu acho que é

preguiça mesmo, não quero fazer então eu vou me escorar naquilo lá, que ela sabe que eu não sei então.

Sobre isso, Bastos (2013) diz que quando a suposta doença é diagnosticada ela também é internalizada por quem recebeu o rótulo e, desta maneira a escola e a família podem passar a lidar com o indivíduo de modo diferente, e este pode agir como doente, assumindo as características e sintomas que lhe são imputados.

Após a aplicação do rótulo, dois caminhos são delimitados: o tratamento terapêutico e/ou medicamentoso. Desse modo, a escola erroneamente acredita que estabelecido o diagnóstico e encontrada uma limitação na criança, pouco a escola poderá fazer, ou seja, não haverá nenhuma prática pedagógica capaz de amenizar ou contornar a situação (CHRISTOFARI, 2014). A família e a escola depositarão na medicação a esperança de solução das dificuldades, e irão se frustrar ao perceber que as coisas não são assim tão simples, e que a criança não passará a aprender como num passe de mágica. Sobre isso a mãe diz:

Maria: Ah já passou fases de ele não querer, “ah esse remédio de novo!?” , mas nunca falou que ele não tá vendo dificuldade nenhuma, ou porque os coleguinhas não tomam. Às vezes ele até sente, porque eu penso que a expectativa dele era igual a minha também (pareceu triste), que ele ia conseguir, que ele ia tomar e ele ia conseguir, de criança eu imagino que seja mais ainda, como se fosse uma mágica, e daí não foi assim, daí eu penso que ele ficou frustrado por causa disso, mas ele não falou não, eu só penso que ele tenha ficado.

Maria: Eu me senti, então eu penso que ele se sentiu também, porque a imaginação de criança é diferente, eu me lembro, quando eu era criança eu imaginava, uma mágica já ia acontecer igual vê em desenho, e ele também, eu penso que ele também pensava assim. Aí teve uma época que ele ficou frustrado, pegava emburrado, mas nunca falou que não ia beber, que não ia pegar, mas eu vi na carinha dele que não queria não.

O sentimento que se destaca é a frustração em relação ao tratamento, mais especificamente ao medicamento, com a mãe adotando uma postura infantil, que se assemelha a de seu filho. Vislumbravam uma melhora como em um passe de mágica, que a partir da inserção do remédio todos os problemas se extinguiriam. Como dizem Gherovici (1997) *apud* Leagnani e Almeida (2008 p. 10), “[...] se passa a acreditar, de forma mágica, que as terapêuticas medicamentosas eliminarão todo e qualquer tipo de sintoma ou de sofrimento psíquico”. Mas não foi o que aconteceu, Fabiano ainda não aprendeu a ler e escrever como esperam dele, ainda se encontra aquém dos padrões estabelecidos como ideal de aluno, pois essa mudança não depende apenas de uma medicação ou de seu esforço pessoal.

O problema é sempre visto como pertencente ao aluno e ao seu comportamento individual. Sendo assim, a instituição escola, a relação dos professores e seus alunos, os métodos utilizados ou o próprio conteúdo não são levados em consideração. Esses pontos poderiam ser vistos como variáveis geradoras de problemas de comportamento e aprendizagem na escola. A não reflexão mais ampla da situação que poderia levar à solução dos problemas, acaba sobrecarregando os profissionais e os fazendo questionar se fizeram a escolha certa da profissão (BASTOS, 2013).

5.4 Escola e o Processo de Medicalização

*A árvore que não dá fruto/É xingada de estéril.
Quem examinou o solo?
O galho que quebra/É xingado de podre, mas
Não haveria neve sobre ele?
Do rio que tudo arrasta /Se diz que é violento
Ninguém diz violentas/As margens que o cerceiam.*

Bertold Brecht

Nesta categoria procuramos debruçar-nos sobre a escola e sua relação com a medicalização da criança, abordando as mudanças que ocorreram em relação ao processo ensino-aprendizagem após o diagnóstico de Fabiano e o subsequente consumo da medicação.

Os indivíduos que não condizem com o que é aceito e tido como normal aos padrões sociais são colocados à margem, são vistos de forma negativa, como algo a ser combatido e eliminado. Em consequência, a escola, como instituição que age conforme as normas do capitalismo e da industrialização, acaba por recorrer aos psicofármacos para tratar as dificuldades escolares e para manter a produção e regulação social a que se propõe. Anos depois do início do movimento de higienização é possível perceber que houve poucas mudanças, a escola atual mantém-se como instituição que seleciona e pune, que trabalha a partir da homogeneização dos comportamentos e que patologiza os indivíduos diferentes. Os que acabam desviando da norma são considerados problemas, são estigmatizados, sendo apontados como fracassados e com poucas condições de sucesso (LUENGO, 2010).

Para a autora, “ao ser individualizada, a criança passa a ser um objeto de análise descritiva passível de administração, submissão e controle, enfim, um corpo dócil” (p. 66). O

comportamento de Fabiano foi também docilizado, a mãe relata como ele tem entrado na sala quando solicitado, e percebe como a criança não gosta de ser pressionada:

Maria: “Fabiano agora entra na sala com os colegas de boa”. Só que assim copiar, por exemplo, ele não copia tudo, sempre falo “meu filho, é melhor um pouco”, ele tem resistência a copiar do quadro e principalmente depois que ele mudou a letra, ele aprendeu a letra palito, aí agora nesse terceiro (ano) tem que aprender a cursiva, e nossa é uma resistência da cursiva, eu até acho que nem precisava, já ensinou o menino a fazer a palito até agora, cada um tem suas dificuldades, nesse caso eu acho que nem precisava. Quando a professora parou de cobrar, só que também nunca falei pra ela não fazer isso, esses dias ela tava falando “ah Maria vamos deixar o Fabiano fazer a letra que ele sabe”, agora ele começou a fazer a cursiva, aí ela ainda falou “Maria ele não gosta que pressione ele”, aí eu falei “eu já tinha visto, que bom que você viu também” (tom sarcástico na última frase). Que ele não gosta que pressione, aí parou de querer que ele faça aquela, daí ele tá copiando do quadro a cursiva.

As crianças precisam se adaptar ao padrão, tempos diferentes de assimilação para cada aluno não são respeitados. Apenas quando deixaram Fabiano à vontade é que ele começou a escrever com letra chamada de mão. As situações às quais Fabiano tem dificuldade de lidar aparecem e estão ligadas basicamente ao contexto escolar, como pode ser observado no relato da mãe:

Maria: Não, eu não passo a mão na cabeça não, até porque igual a gente tá falando, ele entende tudo que você fala, a dificuldade dele é só na escrita e na leitura, ele entende tudo. É na escola, então eu não mudei nem assim questão de paparicar, nem querer dar porque, ah! Porque ele tem isso, vamos é...como é que fala? Preencher, vamos dizer assim, essa defasagem com outra coisa, eu nunca fiz isso não.

Maria explica que Fabiano tem problemas apenas na leitura e escrita, salientando que o problema ocorre na escola. A citação acima parece demonstrar que o processo de medicalização tem início com a entrada da criança no ambiente escolar, pois até então não se percebia nada de errado em seu comportamento, sugerindo que em outros ambientes a criança não encontra dificuldades.

Sobre isso Moysés e Collares (1992) dizem que essas “doenças” (p. 46), como é o caso dos transtornos instalados nas crianças, caracterizam-se por só se manifestarem a partir da entrada na escola. Como a tendência atual é de que a criança entre cada vez mais cedo, a incidência tem se deslocado dos sete anos para baixo, chegando ao cúmulo de “diagnósticos/previsões” (p. 46) do tipo “essa criança vai ter dislexia quando entrar na primeira série” (p. 46) feitos aos três ou quatro anos de idade. O outro lado da moeda é a fala

muito frequente das mães “eu nunca tinha percebido que meu filho era doente até ele entrar na escola”.

A partir da entrada na escola, é que se iniciam as buscas por respostas às dificuldades supostamente intrínsecas à criança, por isso é nessa fase que as famílias recebem as solicitações de encaminhamentos aos profissionais da saúde, e os subsequentes diagnósticos.

Para continuar a explicar como ocorre dentro da escola o processo de medicalização das questões sociais temos a seguinte citação da mãe:

Maria: Eu acho que exigem muito das crianças. E daí também essa outra dificuldade que eu não gosto, que eles fazem primeiro ano não reprovar, segundo ano não reprovar, terceiro ano que vai reter, não é reprovar é reter as crianças. E daí acontece igual eu tô falando, tem metade da sala lá dos colegas do Fabiano que não consegue ler. E daí? (pergunta sarcástica).

Maria: Ou vai ficar travado ali, sendo que tá a falha lá desde o primeiro ano, que era pra ele ter aprendido no primeiro, não aprendeu, mas não pode reter, vamos pro segundo, não pode reter, e começam muito novos também, eles tão começando com cinco anos, eu acho que é muito tempo, é muito novinho, não tem maturidade.

A mãe tece uma crítica ao modelo escolar vigente ao abordar o aspecto da não retenção do aluno até o terceiro ano. Para ela, as crianças vão sendo encaminhadas às séries seguintes sem ter aprendido o conteúdo do ano anterior. No ano seguinte o aprendizado que não aconteceu não é retomado, a criança que, por algum motivo que também não é investigado, acabou não apreendendo o que estava programado no currículo poderá ser considerada mais lenta, ou incapaz. Irão buscar em seu organismo algo que justifique o não aprendizado, desresponsabilizando a escola ou qualquer outra situação que possa estar causando o não aprendizado.

Por meio da entrevista pode ser observado que foi exatamente isso que ocorreu com Fabiano, quando seu rendimento escolar não se mostrou satisfatório aos padrões estabelecidos e seu comportamento, segundo a professora, desajustava a turma. Como reação a essa situação, a escola buscou medicalizar sua vida, retirando dela a necessidade de buscar soluções, e transferindo à família, aos profissionais de saúde e ao medicamento a missão de resolver o suposto não aprender. No trecho a seguir a mãe fala de como a vice-diretora tratou o caso e indicou métodos arcaicos de resolução do problema:

Maria: É a escola falou, você tem que ir procurar tratamento com uma psicóloga, com um negócio assim, essas coisas assim, inclusive um dia como eu conheço praticamente todo o pessoal da educação, a vice-diretora falou pra mim “ai Maria a gente não pode ficar falando isso, mas às vezes umas varadinhas resolvem” (ar de

deboche quando falou), eles achavam que ele era terrível, por falta de apanhar, viu só.

A escola indica o tratamento psicológico e a punição física para a solução dos problemas. Para Guarido e Voltolini (2009), psicologizando o ensino surge também a ideia de que para cuidar bem de um aluno o professor deveria ter uma atenção individual para com ele, responsabilizando-o por suas dificuldades e mau comportamento, atribuindo às questões internas à criança e seu meio familiar as suas causas.

Maria: É igual a professora falou pra mim, o laudo dele já tava vencido e tinha que conseguir outro porque se não, não ia conseguir levar ele pra frente, porque na lei diz que ele tem que ir conforme a idade dele, não conforme o aprendizado, que eles são obrigados a passar. Aí eu falei “Não! Mas eu não quero que passe ele de ano, sem ele ter a verdadeira capacidade”.

Maria: Aí que a professora começou, que ele sabe, mas ele não consegue passar pro papel, mas ele sabe a matéria. Ele consegue acompanhar, mas aí ela quis dizer que se eu não conseguisse esse papel que ele não ia poder continuar passando de ano só porque ele tem TDAH. Aí eu mesma não quero que aconteça, se ele não tiver bem, eu vou querer que ele continue na terceira, porque daí vai continuar, vai passar pra quarta e ele vai ter a dificuldade do primeiro, do segundo e do terceiro, e ainda da quarta.

Aparentemente, a escola exige o laudo para que a criança não seja retida. Como já discutido, na seção sobre a escola, existe uma luta para que os índices de reprovação não aumentem de forma que as metas de aprovação sejam cumpridas, mesmo que a qualidade do ensino seja insatisfatória. De acordo com Luengo (2010, p. 61), quando a medicina entra na educação ela pode camuflar o verdadeiro motivo do baixo rendimento escolar: “Isso ocorre pelas lentes de uma pedagogia submissa à ciência médica e de uma medicina guiada pela psiquiatria biológica, a qual individualiza a criança e retira a responsabilidade do sistema educacional”.

A visão da autora é reforçada na fala da mãe transcrita a seguir:

Maria: É que ela melhorou, ela também mudou, porque ela busca muito, aprender e melhorar. Outro dia mesmo, ela tava falando de um filme que o aluno tinha TDAH, ela até me indicou, falou pra eu trazer um pen drive que ela vai me emprestar. Então eu acho que ela lê e vê as coisas, assim, porque na época foi mesmo, quando diagnosticou o Fabiano, não cobrava mais nada, o Fabiano ficava lá fazendo aviãozinho e não fazia mais nada na sala de aula, parece que pra eles foi um alívio, não vamos mais cobrar porque aquele ali não vai aprender mesmo. Mas agora não, esse ano tá indo bem [...].

Segundo ela, quando Fabiano recebeu o diagnóstico foi deixado de lado na escola, não era mais cobrado que o garoto realizasse as atividades propostas em sala. E o que é mais surpreendente ainda, é o fato de que a mãe percebeu certo alívio por parte da escola quando o diagnóstico chegou, ao que tudo indica encontraram uma justificativa para o mau rendimento escolar, o que os eximia de sua responsabilidade.

Segundo Mannoni (1988), há uma opção por se remediar os efeitos das anomalias causadas por um ensino inadequado, encarregando a medicina de dar respostas onde o ensino fracassou.

De acordo com essa perspectiva de hegemonia do discurso médico, geralmente incorporado e legitimado pela pedagogia, ocorre a destituição de uma atuação dos profissionais da educação junto às crianças, desresponsabilizando a escola e culpabilizando alunos e famílias por seus fracassos no tocante à escolarização.

Da mesma forma, Guarido e Voltolini (2009, p. 257) questionam o processo de desresponsabilização da escola a partir do diagnóstico, a ideia vigente no âmbito escolar de que o remédio irá corrigir os problemas de aprendizagem, tornando-se imprescindível para o desenvolvimento escolar da criança, com o professor não tendo mais nada a fazer:

[...] no duplo sentido que essa expressão indica: o de desresponsabilização e o de impotência. Essa relação costuma passar despercebida, mas é a mesma operação que retira a responsabilidade que o faz, também, com a possibilidade de realizar algo. Impotente porque irresponsável, o professor segue um destino sem perceber que o engendra, mas que o conduz a uma descaracterização de sua função precípua: a de ensinar.

Outro ponto importante é o fato de que Fabiano já entrou no primeiro ano carregando um rótulo, pois ao chegar na escola a mãe já passou as informações que trazia da pré-escola, com a criança não tendo a possibilidade de demonstrar que poderia ser diferente. A mãe diz: *“Maria: Tava no processo, já tava indo na psicóloga quando ele entrou. Quando eu matriculei ele na primeira série, eu já falei: ‘professora o meu filho é assim, assim, assim, ele faz psicóloga’ [...]”*. A expressão “faz psicóloga”, parece querer dizer que ele “está doente” ou até mesmo mais marcante como “ele é doente”³⁰.

A professora, que participa da presente pesquisa, esteve com Fabiano no segundo e terceiro anos, no primeiro ele estudava com outra professora, exatamente quando o rótulo começou a se estabelecer. A mãe não fez crítica direta à professora anterior, mas parece se relacionar bem e acreditar no trabalho da professora atual. Maria viu alguma melhora do filho

³⁰ Destaques nossos.

na escola, e na citação seguinte atribui essa mudança às atitudes da professora Ana: *“Maria: É que ele melhorou assim, foi que nem eu te falei, quando eu levei o laudo deu aquela parada, ‘vamos deixar ele de lado’. Aí esse ano que ele melhorou bastante, a professora deve ter ido atrás de informação, que melhorou bastante, não deixar ele de lado”*.

Mais à frente quando perguntado à mãe se atribuía a melhora ao medicamento ou à mudança de atitude por parte da professora, ela parece entrar em contradição dizendo: *“Maria: Não sei te explicar, mas acho que foi a junção disso, da família, da professora, não sei nem se é tanto o remédio, mas ela sabe que eu tô sempre em busca de melhora, então acaba melhorando o conjunto, não por causa do remédio”*. Ela diz ainda: *“Mas ele melhorou, assim, igual eu tô falando, ele não sabia nada, ele só conseguia ler letra por letra, agora ele consegue ler por sílaba. Então não sei se é esse remédio, ou se ia acontecer, então entendeu, não sei se foi o remédio ou se já era natural”*. A partir disso pode-se inferir que a mãe atribui a melhora a outros motivos, quando fala na junção de várias coisas (entre elas a dedicação dela e da professora) que contribuíram para a melhora, ela inclui o medicamento, mas apesar disso em outras falas parece achar que o remédio não ajudou.

Segundo a professora, Fabiano já chegou ao segundo ano com o diagnóstico, e para ela a forma como as pessoas lidaram com isso no início, pode ter agravado as dificuldades e causado sofrimento à criança:

Ana: [...] na verdade eu conheço o Fabiano do ano anterior, de quando ele era do primeirinho na nossa escola, que é de primeiro ao nono ano. Mas ele era da sala vizinha, só que nesse ano, nem sei se eu deveria estar falando isso, nesse ano, ele assim, aflorou tudo que ele tinha de dificuldade veio nele. E a maneira como ele foi, interpretado, e ele era, como que se diz, tratado, fez dele um menino muito mais agressivo, aflorou.

Ana: Aflorou muito mais o que ele tinha de limitação, ele era esse menino que todos os dias tinha uma reclamação, todos os dias estava na orientação, porque estava muito sujo. Foi exposto muito a parte de dificuldade dele, entendeu? De uma forma que não funcionava com ele, não funcionava o fato de expor, o fato de falar muito alto com ele, ele trava, na verdade ele trava, se você alterar a voz com ele, ele trava no lugar que ele tiver, não vai nem pra frente nem pra trás, ele fica muito bravo então ele trava. Eu conheço ele desse ano e aí a gente já sabia que não era normal vamos dizer assim, ele tinha uma dificuldade, não era assim um acaso. E aí comigo, assim que eu peguei ele no segundo ano, eram essas questões, de uma falta de limite, tipo assim, se ele vai correr ele não tem noção espacial, o Fabiano se machuca muito, cai muito, ele vive se machucando.

Ana: [...] eu acho que ele teria sofrido menos, porque eu percebia ele um menino que sofria, ele ainda não deixou de sofrer porque ele sabe que ele tem dificuldade, mas eu penso que deveria ter sido menos dolorido, ou doloroso pra ele nesse sentido.

A professora acredita que a criança foi muito exposta no primeiro ano, que seu suposto transtorno foi ressaltado e que não souberam lidar com ele. Abaixo ela fala de como Fabiano

gosta de contribuir oralmente, demonstrando que ela tenta avalia-lo de outras maneiras, e diz ainda que a criança apresenta um comportamento infantilizado em alguns momentos, como se fosse um “bebezão”:

Ana: E ele gosta muito das colaborações orais, a nossa roda de conversa é que ele participa, a mãozinha está sempre erguida pra falar, e ele compreende porque daí ele passa pra mãe dele em casa todo o conteúdo, principalmente se for Ciências, que ele ama.

Ana: Agora tem uma coisa que eu vejo que é assim, ele se considera um bebezão, então ele tem comportamentos de um bebê, tipo um mimado, entendeu? Ele chama a atenção, é como uma criança menor do que a idade que ele realmente tem.

No relato a seguir a professora fala com cautela sobre a medicação, se dizendo incapaz de opinar sobre algo tão específico: “*Ana: Agora da medicação eu já não sei, tipo dizer isso não, eu não me acho habilitada nem capaz pra dizer que nem precisaria. [...] Só que eu vejo assim, que ele poderia ter sofrido menos, sido menos exposto [...]*”.

Ana demonstra não se sentir habilitada a opinar sobre a medicação. Segundo Mendoza (2014) isso se dá, pois o saber e a autoridade do professor conquistados historicamente têm sucumbido ao saber e autoridade médica, questões estritamente de cunho educacional das quais os professores são especialistas e deveriam tratar com propriedade, têm sido delegadas à medicina. O professor apegado ao diagnóstico espera orientações médicas de como agir em questões pertinentes ao âmbito pedagógico.

A professora de Fabiano traz ainda algumas falas sobre o fato da sujeição do saber e autoridade do professor, quando diz:

Ana: [...] porque a gente vê um desespero do professor querendo que o menino tenha laudo, porque daí ampara tanto o menino, quanto o trabalho do professor, porque o que acontece é que os pais às vezes não levam as crianças aos profissionais, às consultas, verificações, exames, e aí recai tudo sobre os nossos ombros, de que nós não fomos bem sucedidos, não trabalhamos o suficiente, ao passo que às vezes a dificuldade está também no aluno e não foi diagnosticado, então eu vejo que alunos que têm laudo vão pra frente, vão pra série seguinte, entendeu? Ele só vai, o que a gente vai fazendo são relatórios, são relatórios de como é o aluno, de como eu procedo com ele, de como ele me dá esse retorno etcétera e tal, então vai pro professor seguinte, todo mundo vai trabalhando com ele esse diferencial dele, então é assim.

Ana: [...] do diagnóstico, de acordo com as orientações que vieram do médico, e de acordo com o que ele pode me dar, então assim, se ele copiou tipo um pedaço naquele dia, uma parte, pra mim é tudo dele, foi o máximo que ele conseguiu me dar, e aí as atividades para casa pra ele são diferenciadas, porque tem que ser algo que ele consiga fazer, não adianta dar algo pra ele que é superior a sua capacidade que ele vai desistir antes de começar, então eu sempre tento dar algo que ele vá conseguir, seja desafiador, mas dentro das qualidades dele.

Para a professora, o laudo vai sanar a pressão que existe sobre o professor em relação ao cumprimento de metas no processo ensino-aprendizagem, tanto por parte da família, quanto por parte da escola. O problema é visto sempre de forma individual, pois ela direciona a responsabilidade única e exclusivamente à família que deve procurar ajuda dos profissionais da saúde. Ainda, segundo ela, o laudo traz orientações médicas de como lidar com Fabiano, mesmo que este profissional via de regra não seja habilitado a tratar de assuntos pedagógicos.

Ana relata a seguir que quando pode sentar ao lado da criança e ajudar ele evolui, assim como ela admite que ele tem boas estratégias de aprendizagem. Ainda assim, ela está sujeita ao saber médico. Ela parece desconsiderar seu conhecimento no assunto, as suas percepções sobre a criança e sobre os processos de ensino-aprendizagem, as suas vivências e experiências como professora, para então submeter seu trabalho ao saber médico e psicológico.

Ana: [...] então você precisa sempre trabalhar com o Fabiano com uma tranquilidade, uma calma muito grande, sem pressionar, sem ameaças, entendeu? Aí ele vai longe, então se a gente senta perto dele pra realização de uma atividade, ele manda ver, e ele tem umas estratégias que é só dele [...].

A criança também fala das atividades que tem recebido na escola, e apresenta perceber que recebia tarefas intercaladas, ou seja, às vezes eram tarefas mais fáceis e algumas mais difíceis, depois do laudo. Isso leva a inferir que ele tenha sido menos exigido no processo ensino aprendizagem depois do diagnóstico, mas não temos indícios suficientes para sustentar essa hipótese, como ele conta no trecho a seguir:

Carine: E lá na escola, depois que você contou pra professora do TDAH, e que você tomava remédio, ela começou a te dar outras tarefas?

Fabiano: Huum.

Carine: Como assim? Me explica.

Fabiano: Era uma tarefa que era bem difícil, outra bem fácil, outra era difícil, fácil, difícil, fácil, e era de pintar, pintar, colorir, muitas tarefas.

Carine: E quem te ajuda a fazer suas tarefas?

Fabiano: De casa?

Carine: Sim

Fabiano: Minha mãe.

A mãe e a professora demonstram receio de que Fabiano entre no quarto ano, sem ter de fato adquirido o conhecimento desejado, pois ele seria promovido por conta do laudo:

Ana: [...] aí ele vai pro quarto ano, então nós estamos nesse dilema, é a mãe do Fabiano e eu. Porque ele tem um laudo, pelo laudo ele vai, ele segue adiante, mas ela não é de acordo, ela diz que não gostaria que ele fosse não tendo as habilidades, não alcançando aquilo que é necessário para um quarto ano.

O laudo irá levar Fabiano adiante, a professora percebe que ele é capaz, pois a criança utiliza de estratégias para apreender o conteúdo, mas é o laudo que dará o veredicto. Ela, como professora e conhecedora da área pedagógica, depende do aval médico para atestar a capacidade de seu aluno.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade atual vive um intenso processo de medicalização da vida. Em âmbito geral os indivíduos reduzem questões amplas de cunho histórico, político e social a questões médicas, explicam e procuram resolver os problemas sociais por via única: a médica. A partir disso comumente acabam sucumbindo à medicação como mecanismo de combate a problemas que seriam de caráter mais profundo e subjetivo.

A medicina promete por meio de processos neuroquímicos cerebrais, resolver questões amplas, que não dependem exclusivamente de determinado indivíduo. Nele será depositado o problema, e a partir de um padrão previamente estabelecido do que é normal e do que é patológico, o indivíduo será enquadrado em uma categoria nosológica, em um suposto transtorno intrínseco a seu organismo. Uma questão social que afeta uma gama de indivíduos em uma sociedade será reduzida a um problema orgânico de um indivíduo em específico.

Assim como a medicina, a psicologia muitas vezes tem contribuído para a manutenção da lógica medicalizante, pois ainda são poucos os profissionais que utilizam uma percepção mais crítica de atuação frente ao fenômeno em questão. Frequentemente submissa ao saber médico, a psicologia e a educação também acabam considerando como individual, um problema que na verdade é social.

A escola se vê refém de políticas públicas que, na maioria das vezes, não tem levado em consideração a opinião dos próprios profissionais da educação. Nesse cenário, a escola acaba reproduzindo o discurso organicista e reducionista das questões sociais, encaminhando os alunos que não atingem o rendimento escolar esperado aos profissionais da saúde.

A pesquisa aqui realizada buscou responder algumas questões referentes à medicalização dentro do ambiente escolar (representado pela professora) e familiar (representado pela mãe e a própria criança). Para isso foram analisados os relatos dos participantes envolvidos no presente estudo de caso em que uma criança de oito anos foi diagnosticada com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e passou a consumir a Ritalina diariamente antes de ir para a escola.

O processo de medicalização nesse caso teve início quando a escola solicitou à mãe o encaminhamento da criança ao psicólogo, tendo as seguintes queixas: comportamento agressivo e indisciplina em sala de aula. A mãe preocupada com o bem estar do filho e já cansada das cobranças da escola, leva a criança à psicóloga para avaliação, esta por sua vez realiza algumas sessões e diz não poder ainda fechar um diagnóstico, pedindo que retornasse

quando a criança completasse os sete anos, idade em que seria possível o diagnóstico seguindo os preceitos do DSM V.

Um aspecto que se destaca é a aparição dos supostos problemas coincidir com a entrada da criança na escola, pois, aparentemente, até o início do período escolar as dificuldades não eram percebidas, demonstrando que as mesmas estão ligadas e se restringem às atividades escolares e à convivência na escola.

Após os sete anos completos, considerando o fato de que as queixas da escola não cessaram, a mãe retorna à psicóloga, a qual encaminha a criança ao neurologista. A partir daí o diagnóstico de TDAH toma forma, com Fabiano sendo submetido ao eletroencefalograma, que não constata nada em relação ao suposto transtorno; a mãe e a professora respondem ao SNAP IV, com suas questões basicamente amplas demais, e assim o diagnóstico é fechado. A criança começa a usar a Ritalina por indicação do neurologista e continua o acompanhamento com o mesmo e a psicóloga da clínica escola.

A partir do laudo médico a escola passa a ter nova postura, demonstrando que ele tem grande importância para os profissionais da educação. Analisando os dados colhidos na entrevista pode-se observar que o diagnóstico/laudo justifica e amplia um rótulo, bem como traz um alívio à professora, assumindo a função de justificar o não aprender de Fabiano e desresponsabilizar a si e a escola como um todo. A partir do rótulo a criança, inicialmente, foi deixada de lado e depois passa a ser menos exigida no processo de escolarização, tendo as atividades abrandadas ou até mesmo deixando de receber algumas tarefas devido à sua suposta “limitação”.

O encaminhamento aos profissionais de saúde pela mãe, por solicitação da escola, parece representar a tentativa de encontrar uma solução relativamente rápida, ocasionando, muitas vezes, um alívio aos pais e professores frente às supostas “dificuldades” apresentadas pela criança e aos “incômodos” representados pela sua presença na escola.

No entanto, as práticas da professora, conforme pôde ser observado nos seus relatos e confirmados pela mãe, têm se mostrado satisfatórias nos últimos meses, pois ela tem buscado conhecimento a respeito do assunto e avaliado a criança por meio de outros métodos, como o oral, por exemplo.

A mãe também apresenta discurso bastante esperançoso, no sentido de que acredita na possibilidade de melhor desempenho do filho e, inicialmente, via no diagnóstico uma chance de melhora, assim como, acreditava na medicação como solução para os problemas enfrentados. Para ela saber o que o filho tinha, ou seja, o que justificava todas as queixas da

escola em relação a ele poderia ser essencial para a resolução do transtorno, dar nome, classificar e enquadrar significava o início da solução.

Mesmo que a mãe não desista de solucionar os supostos problemas do filho, ela acaba se frustrando e sentindo-se impotente, ao perceber que as melhoras tardam a chegar, e ainda são pequenas. Ela acreditava a princípio no chamado passe de mágica, que a medicação seria o fim do martírio, ou seja, cessariam as visitas frequentes a médicos, psicólogos, e a constante pressão por novidades vinda da escola. Em vários momentos ela chega a atribuir alguma melhora de seu filho na escola, mas acredita que a professora contribuiu mais do que o remédio.

Além de patologizar a criança e desresponsabilizar a escola, o laudo serve como alavanca à passagem de ano escolar. A criança que possui um diagnóstico será automaticamente encaminhada ao ano seguinte, mesmo que não tenha compreendido o que foi estudado, desencadeando a promoção automática e causando num futuro próximo o analfabetismo funcional. Nos dados levantados em nossa pesquisa, tanto a mãe quanto a professora estavam relutantes com essa promoção resultante do laudo, diziam preferir reter a criança para que ela aprendesse mais.

Podemos concluir que o diagnóstico e a medicação têm muita importância tanto para o ambiente escolar como familiar, porém após algum tempo de tratamento sem observar significativa melhora em relação ao processo ensino-aprendizagem e pequena melhora comportamental no que tange à agressividade e indisciplina, Maria e Ana chegam timidamente a questionar principalmente a real necessidade da medicação. A mãe e a professora demonstram uma sujeição ao saber médico e mesmo observando de perto o caso, e tendo algumas opiniões contrárias, não conseguem se desvencilhar desse poder/saber.

As mudanças observadas após a medicalização vivenciadas nesse caso, se resumem basicamente à classificação e enquadramento da criança em um transtorno, ou seja, ela passa a carregar o estigma decorrente. A situação parece continuar a mesma, ou ter se agravado, pois o laudo só veio comprovar as hipóteses levantadas pela escola, sobre o quanto ele é lento, sobre o quanto ele se desenvolve menos do que os colegas, sobre o quanto ele deve ser deixado de lado nas atividades, sobre o quanto não se deve cobrar dele, afinal ele tem UM LAUDO DE TDAH. É importante ressaltar que o TDAH diz respeito a uma classificação, a uma tecnologia subjetiva que interfere diretamente na constituição da subjetividade de Fabiano ou de outras crianças.

A consequência da entrada do TDAH na vida da criança e dessa família pode ser considerada prejudicial, pois a partir do diagnóstico nem escola e nem família encontram

respostas concretas sobre como lidar com as supostas dificuldades, a criança passa a carregar o rótulo e ter “benefícios” que não vão lhe fazer bem, como a passagem automática de ano. Nem todas as reflexões possíveis aqui, são compartilhadas pela família e a escola, pois como já foi citado, essas duas instituições ainda se encontram presas ao saber médico, e não possuem outra forma de análise que não a via médica.

Não se pode deixar de falar de algumas mudanças percebidas pela mãe e a professora, como a melhora comportamental, a passagem da leitura apenas das letras para as sílabas, e após algum tempo, a tentativa de escrever com letra cursiva. No entanto, essas mudanças não foram vistas como advindas do tratamento e sim do esforço da mãe (que procura ajudar) e da professora (que busca novas formas de lidar com a criança) e da própria criança, ou seja, acreditam que ocorreu pelo processo “natural”.

A criança é tolhida no processo ensino-aprendizagem a partir do momento que o diagnóstico aparece. Mais uma vez uma questão social, política e histórica é reduzida a questões médicas. Ao indivíduo e a seu organismo, supostamente doente, é delegada a responsabilidade pelos problemas comportamentais e fracasso escolar. A mãe e a professora recorrem ao auxílio dos profissionais da saúde e à via medicamentosa, mas na verdade, a medicação não pode resolver assuntos que se resolvem no campo pedagógico, no campo da escolarização.

Em suma, os resultados revelaram que as mudanças ocorridas na vida da criança após a instauração do processo de medicalização se restringiram basicamente à implantação do rótulo e sujeição ao saber médico. Nesse contexto, o rótulo mudou a vida da criança, de sua família e também causou alterações no ambiente escolar.

Foi possível observar também que os resultados encontrados no presente estudo corroboram outras pesquisas já realizadas na área, e pensando na continuidade dessa pesquisa e de trabalhos futuros, pode-se levantar a possibilidade de ouvir também o profissional da psicologia envolvido no diagnóstico, que nesse caso em particular foram dois (psicóloga e estagiária do curso de psicologia), e ainda o médico neurologista. Eles também poderiam trazer sua visão sobre a medicalização da educação.

Para finalizar, temos ainda que o método utilizado por essa pesquisa se mostrou adequado, assim como as questões de pesquisa e os objetivos puderam ser contemplados. As entrevistas apresentaram vasto conteúdo para discussão, apesar de não ter sido possível a participação do pai da criança, assim como a entrevista com a criança poderia ter sido melhor explorada, o que certamente enriqueceria ainda mais a presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABDA. Sobre TDAH – Diagnóstico em crianças. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ARAÚJO, A. C. NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM V. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**. 2014, v. XVI, n. 1, 67-82. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2014.
- BAPTISTA, C. R. Inclusão em diagnóstico: algumas questões que insistem...In: **Ensaaios pedagógicos**. III Seminário Nacional de Formação de Gestores e Educadores – Educação Inclusiva: direito à diversidade. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006. p. 37-40.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, H. P. **Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização**. São Paulo, 2013. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto-Portugal: Porto Editora, 1994.
- BRAGA, S. G. **Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos na escolarização**. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BRZOZOWSKI, F. S. **Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios**. 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2009.
- CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e a otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, Jul./Set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- CHRISTOFARI, A. C. **Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in) visível?** 2014. 173 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- CARVALHO, R. A. S.; FARIAS, Z. S. **Ensino Fundamental: referencial curricular de Rondônia**. Secretaria de Estado de Educação. Porto Velho, 2013. Disponível em: <<http://www.seduc.ro.gov.br/curriculo/wp-content/uploads/2013/02/ENSINO-FUNDAMENTAL1.pdf>>. Acesso em: 10 agos. 2016.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico** (A Patologização da Educação). São Paulo: FDE, 1994. p. 25-31. (Ideias, 23).

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem.** São Paulo: Cortez, 1996.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 193-213.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação no Brasil. In: VIÉGAS, L. S.; RIBEIRO, M. I. S.; OLIVEIRA, E. C.; TELES, L. A. L. (orgs.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014, p. 47-65.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

CROCHÍK, J. L.; CROCHÍK, N. A desatenção atenta e a hiperatividade sem ação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 179-191.

D'ALAMA, L. Campanha reacende debate sobre excesso de remédios para crianças. **G1.globo.com, on line.** São Paulo, jul. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/07/campanha-reacende-debate-sobre-excesso-de-remedios-para-criancas.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

D'ALAMA, L. Venda de remédio para hiperatividade sobe 75% de 2009 a 2011, diz Anvisa. **G1.globo.com, on line.** São Paulo, fev. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/02/venda-de-remedio-para-hiperatividade-sobe-75-de-2009-2011-diz-anvisa.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

DSM 5, [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.]; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et al.]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. **Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa.** In: MEIRA, M. E. M.; FACCI, M. G. D. Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 221-248.

EIDT, N. M.; TULESKI, S.C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p.121-146, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a07.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições.** Trad. Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In:_____. **Microfísica do poder.** Trad. Roberto Machado. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 79-98.

FOUCAULT, M. Os corpos dóceis. In: _____. **Vigiar e punir**. Trad. Raquel Ramallete. 41ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 131-163.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. Universidade Federal da Bahia, v. 14, n. 28, p. 139 -152, maio/agos., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2004000200004>. Acesso em: 05 dez. 2013.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface**. Botucatu, v.1, n.1, p. 109-122, ago. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

GUARIDO, R. L. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 27-39.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 01, p. 239-263, abr. 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/6430/art_GUARIDO_O_que_nao_tem_remedio_remediado_esta_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2016.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v.19, n.3, p. 88-95, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Nova Fronteira S. A., 1975.

JAFFERIAN, V. H. P.; BARONE, L. M. C. **A construção e a desconstrução do rótulo do TDAH na intervenção psicopedagógica**. Revista Psicopedagogia, 2015. 32(98). p. 118-27. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000200002>. Acesso em: 30 abril 2016.

LANDSKRON, L. M. F.; SPERB, T. M. **Narrativas de professores sobre o TDAH**: um estudo de caso coletivo. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). V. 12. N. 01. Jan./Jun. 2008. p. 153-167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2016.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de transtorno de atenção/hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/174/159>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LEONARDI, J. L.; RUBANO, D. R.; ASSIS, F. R. P. Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 111-130.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUENGO, F. C. Patologização e medicalização infantil: a vigilância punitiva. In: _____. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 59-80.

MACHADO, A. M. Encaminhar para a saúde quem vai mal na educação: um ciclo vicioso? **Revista Educação**, 2004. Disponível em: <http://efp-ava.cursos.educacao.sp.gov.br/Rsource/153536,7A7/Assets/NucleoBasico/pdf/nb_m07t11b.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MACHADO, A. M. Formas de pensar e agir nos acontecimentos escolares: criando brechas com a psicologia. In: FACCI, M. G. D.; MEIRA, M. E. M.; TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos”: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2012, p. 54-74.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MATOS, R. P. C. Elementos para entender o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 18, n. 2, Mai./Ago. 2013, p. 342-357. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n2/v18n2a09.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MATTOS, P. Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5. **Associação brasileira de déficit de atenção – ABDA**. 2013. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

MEIRA, M. E. M. Psicologia escolar: pensamento crítico e práticas profissionais. In: TANAMACHI, E. R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. (orgs). **Psicologia e educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 35-71.

MEIRA, M. E. M. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, M. G. D.; MEIRA, M. E. M.; TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos”: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2012. p. 75-106.

MENDOZA, A. M. T. **Escolarização em diagnóstico: crianças em concreto**. São Paulo, 2014. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, S. C.; BARRETO, M. A. M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: conhecendo para intervir. **Revista Praxis**, v. 1, n. 2, ago. 2009, p. 65-70. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/02/65.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2001.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. **A história não contada dos distúrbios de aprendizagem**. Campinas: Cadernos CEDES (28), 1992, p. 31-41.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 71-110.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. 1ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras. 2013, p. 41-64.

NOVARTIS (RITALINA). Bula do medicamento. Novartis Biociências S. A. Indústria Brasileira, 2015.

OLIVEIRA, I. B. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. 1ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras. 2013, p. 79-92.

PÁDUA, E. M. M. O processo de pesquisa. In:_____. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 10ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2004, p. 31-102.

PATTO, M, H, S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1996.

PATTO, M. H. S. **Exercício de indignação: escritos de educação e psicologia**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PEREIRA, I. S. A. SILVA, J. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo. Editora: M. Books do Brasil, 2005.

REY, F. L. G. Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa; fundamentos epistemológicos. In:_____. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Trad. Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2011, p. 1-51.

RIBEIRO, V. M. **Alfabetismo funcional**: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Revista Educação & Sociedade*, ano XVIII, nº 60, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v18n60/v18n60a8.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2016.

ROHDE, L. A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 2, 2000, p. 7-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SANTOS, V.; CANDELORO, R. J. Métodos e técnicas de pesquisa. In:_____. **Trabalhos acadêmicos**: uma orientação para pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre: AGE, 2006, p. 69-83.

SAPIA, I. P. **Medicalização na educação**: a neurologia na construção dos diagnósticos de distúrbios de aprendizagem. 2013. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013.

SILVA, A. C. P.; LUZIO, C. A.; SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, C. H. A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://186.217.160.122/revpsico/index.php/revista/article/view/174/298>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SOUZA, B. P. Orientação à queixa escolar: na contramão da medicalização da educação e da vida. In: VIÉGAS, L. S. et al. (orgs.). **Medicalização da educação e da sociedade**: ciência ou mito? Salvador: EDUFBA, 2014. p. 69-90.

SOUZA, B. P. Funcionamentos escolares e produção de fracasso escolar e sofrimento. In:_____. **Orientação á queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 241-278.

SOUZA, M. R. P. A queixa escolar na formação de psicólogos: desafios e perspectivas. In: TANAMACHI, E. R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. (orgs.). **Psicologia e educação**: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 105-141.

SOUZA, M. R. P. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 57-67.

TADA, I. N. C.; SÁPIA, I. P.; LIMA, V. A. A. Psicologia escolar em Rondônia: formação e práticas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 333-340, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n2/a15v14n2.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2014.

TULESKI, S. C.; CHAVES, M. Ler e escrever: da necessidade de ensinar e em defesa da superação das visões organicistas das dislexias, disgrafias e disortografias. In: FACCI, M. G. D.; MEIRA, M. E. M.; TULESKI, S. C. **A exclusão dos “incluídos”**: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2012, p. 75-106.

TULESKI, S. C.; EIDT, N. M. Repensando os distúrbios de aprendizagem a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 531-540,

Set./Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a10>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

VIÉGAS, L. S. Dificuldades de escolarização e progressão continuada: uma relação complexa. In: SOUZA, B. P. **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 307-328.

VIÉGAS, L. S. Regime de progressão continuada em foco: breve histórico, o discurso oficial e concepções de professores. In: VIÉGAS, L. S. ANGELUCCI, C. B. (orgs.). **Políticas públicas em educação: uma análise crítica a partir da psicologia escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 147-186.

VIÉGAS, L. S. OLIVEIRA, A. R. F. TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. **Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente -SP**, v. 25, n. 1, p. 39-58, Jan./Abr. 2014. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2736/2517>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman Editora LTDA, 2015.

ZUCOLOTO, P. C. S. V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 136-145, 2007. Disponível em: <www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19822/21893>. Acesso em: 30 nov. 2013.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico e medicalização dos distúrbios de aprendizagem: mudanças na vida da criança

Pesquisador: Carine Antonia Kremer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30671414.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 650.831

Data da Relatoria: 28/04/2014

Apresentação do Projeto:

DIAGNÓSTICO E MEDICALIZAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM: MUDANÇAS NA VIDA DA CRIANÇA.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as mudanças decorrentes do diagnóstico e da medicalização dos distúrbios de aprendizagem em crianças no processo de escolarização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Com os responsáveis e com a criança elas serão realizadas na clínica escola e com os atores escolares serão feitas na própria escola, tendo em vista a possibilidade de observar o funcionamento escolar e um pouco do comportamento dos envolvidos no caso, o que será registrado no diário de campo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Procurar-se-á pesquisar as mudanças decorrentes do diagnóstico e medicalização dos distúrbios de aprendizagem em criança no processo de escolarização, que está em atendimento em uma

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 650.831

Clínica Escola de Psicologia do Estado de Rondônia, no período de 2011 a 2014, tendo como participantes responsável (eis), atores escolares e a própria criança que tenha sido diagnosticada e medicalizada há no mínimo 6 (seis) meses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos da Res. 441 12 maio 2014.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO VELHO, 16 de Maio de 2014

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÃE

1. Dados do (a) Participante:

Nome:_____ Idade:_____ Sexo:_____

Endereço:_____

Estado Civil:_____ Fone:_____

2. Dados Gerais:

- Quantos anos tem a criança?
- Com quem mora a criança?
- Tem irmãos? Se sim quantos?
- Qual o diagnóstico e quem o fez?

3. Sobre o Diagnóstico e o Tratamento:

- Descrição da criança
- Dificuldades apresentadas pela criança na escola
- Percepção da mãe em relação ao diagnóstico e tratamento
- Realização do diagnóstico
- Tratamento (s) realizado (s)
- Medicação
- Percepção da mãe em relação ao diagnóstico e tratamento

4. Sobre as Possíveis Mudanças na Vida da Criança:

- Mudanças observadas na criança após o tratamento no comportamento ou no desempenho da criança na escola
- Avaliação das mudanças
- Ações da escola para com a criança e a mãe após o diagnóstico e o tratamento

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A PROFESSORA

1. Dados do (a) Participante:

Nome:_____ Idade:_____ Sexo:_____

Formação:_____

Estado Civil:_____ Fone:_____

Tempo de trabalho no magistério:_____

Tempo de trabalho na escola:_____

Há quanto tempo leciona ou lecionou para a criança?

2. Sobre o Diagnóstico e Tratamento e as Possíveis Mudanças na Vida da Criança:

- Descrição do aluno na escola (dentro e fora da sala de aula)
- Percepção da professora sobre as dificuldades apresentadas pela criança no processo de escolarização
- O que a escola fez em relação a essas dificuldades?
- Recebimento do diagnóstico e do tratamento pela professora
- Significado do diagnóstico e do tratamento
- Conhecimento da professora sobre o transtorno diagnosticado
- Mudanças com o recebimento do diagnóstico e implantação do tratamento
- Conhecimento em relação ao medicamento tomado pela criança
- Melhorias/contribuições no processo de escolarização da criança
- Ações/estratégias desenvolvidas pela professora para lidar com as dificuldades da criança antes e após o diagnóstico e tratamento
- Percepção de mudanças na maneira da família lidar com a criança após o diagnóstico e o tratamento

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A CRIANÇA

1. Dados do (a) Participante:

Nome:_____ Idade:_____ Sexo:_____

Endereço:_____

Responsável:_____ Fone:_____

Escola:_____ Ano:_____

2. Sobre o Diagnóstico e o Tratamento:

- Descrição da criança
- Descrição da escola e das atividades desenvolvidas em sala de aula
- Sentimentos da criança em relação às dificuldades na escola
- Diagnóstico e tratamento
- Mudanças observadas após o diagnóstico e o tratamento

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/RESPONSÁVEL (EIS)

Título da Pesquisa: “Medicalização dos transtornos de aprendizagem: mudanças na vida de uma criança”

Pesquisadora: Carine Antonia Kremer (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR)

Orientador: Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

Telefone para contato: (69) 8472-7188

E-mail: carine__kremer@hotmail.com

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa que tem como objetivo analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização.

Sua escolha deu-se em virtude de ser responsável legal de uma criança matriculada em ano inicial do ensino fundamental de uma escola da rede municipal de ensino, diagnosticada e medicalizada há pelo menos seis meses e que é acompanhada pela Clínica Escola de Psicologia da Faculdade de Rolim de Moura. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo para o (a) senhor (a) ou seu filho (a). Ressalto também que não haverá pagamento por sua colaboração nesta pesquisa, bem como não haverá despesas.

A sua participação consistirá em ser entrevistado (a) individualmente na Clínica Escola, cuja entrevista será gravada em áudio. Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e asseguro sigilo absoluto sobre sua participação. Somente eu e meu orientador teremos conhecimento dos dados, os quais serão utilizados na dissertação, em publicações científicas ou em eventos científicos. Nessas publicações seu nome ou de outras pessoas participantes não serão mencionados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Não há nenhum risco significativo ao participar desse estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados poderão, eventualmente, causar-lhe algum desconforto emocional. Caso isso aconteça, você será atendida por mim na Clínica Escola, caso seja da sua vontade. Ao participar desta pesquisa o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações sobre o tema abordado de forma que o conhecimento que será construído possa contribuir para várias práticas profissionais.

O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta meus contatos para que possa me procurar em caso de qualquer dúvida ou desconforto suscitado pela pesquisa.

Agradecemos desde já por sua confiança e colaboração.

Atenciosamente,

Carine Antonia Kremer

CRP 20/5035

Eu, _____ RG
nº _____, declaro ter lido e compreendido os termos do documento e, após, estar
completamente esclarecido (a) declaro concordar em participar voluntariamente da pesquisa e
não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto, bem como autorizo a publicação,
conforme os termos mencionados acima. Declaro, também, ter recebido uma cópia do
presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local, ____/____/____.

Assinatura do (a) colaborador (a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/PROFISSIONAIS DA ESCOLA

Título da Pesquisa: “Medicalização dos transtornos de aprendizagem: mudanças na vida de uma criança”

Pesquisadora: Carine Antonia Kremer (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR)

Orientador: Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

Telefone para contato: (69) 8472-7188

E-mail: carine__kremer@hotmail.com

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa que tem como objetivo analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização.

Sua escolha deu-se em virtude de ter trabalhado ou trabalhar diretamente com uma criança matriculada em ano inicial do ensino fundamental de uma escola da rede municipal de ensino, diagnosticada e medicalizada há pelo menos seis meses e que foi ou ainda é acompanhada pela Clínica Escola de Psicologia da Faculdade de Rolim de Moura. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo para o (a) senhor (a). Ressalto também que não haverá pagamento por sua colaboração nesta pesquisa, bem como não haverá despesas.

A sua participação consistirá em ser entrevistado (a) individualmente nas dependências da escola, cuja entrevista será gravada em áudio. Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e asseguro sigilo absoluto sobre sua participação. Somente eu e meu orientador teremos conhecimento dos dados, os quais serão utilizados na dissertação, em publicações científicas ou em eventos científicos. Nessas publicações seu nome ou de outras pessoas participantes não serão mencionados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Não há nenhum risco significativo ao participar desse estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados poderão, eventualmente, causar-lhe algum desconforto emocional. Caso isso aconteça, você será atendida por mim na Clínica Escola de Psicologia, caso seja da sua vontade. Ao participar desta pesquisa o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações sobre o tema abordado de forma que o conhecimento que será construído possa contribuir para várias práticas profissionais.

O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta meus contatos para que possa me procurar em caso de qualquer dúvida ou desconforto suscitado pela pesquisa.

Agradecemos desde já por sua confiança e colaboração.

Atenciosamente,

Carine Antonia Kremer

CRP 20/5035

Eu, _____ RG
nº _____, declaro ter lido e compreendido os termos do documento e, após, estar
completamente esclarecido (a) declaro concordar em participar voluntariamente da pesquisa e
não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto, bem como autorizo a publicação,
conforme os termos mencionados acima. Declaro, também, ter recebido uma cópia do
presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local, ____/____/____.

Assinatura do (a) colaborador (a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/RESPONSÁVEL AUTORIZA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA

Título da Pesquisa: “Medicalização dos transtornos de aprendizagem: mudanças na vida de uma criança”

Pesquisadora: Carine Antonia Kremer (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR)

Orientador: Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

Telefone para contato: (69) 8472-7188

E-mail: carine__kremer@hotmail.com

O (A) senhor (a) é responsável legal de uma criança que está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa que tem como objetivo analisar as mudanças decorrentes da medicalização dos transtornos de aprendizagem em uma criança no processo de escolarização .

A escolha de sua criança deu-se em virtude de estar matriculada em ano inicial do ensino fundamental de uma escola da rede municipal de ensino, diagnosticada e medicalizada há pelo menos seis meses e que é acompanhada pela Clínica Escola de Psicologia da Faculdade de Rolim de Moura. A qualquer momento você e a criança podem desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo para o (a) senhor (a) ou para a criança. Ressalto também que não haverá pagamento por sua colaboração nesta pesquisa, bem como não haverá despesas.

A participação da criança consistirá em ser entrevistada individualmente na Clínica Escola, cuja entrevista será gravada em áudio. Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e asseguro sigilo absoluto sobre a participação. Somente eu e meu orientador teremos conhecimento dos dados, os quais serão utilizados na dissertação, em publicações científicas ou em eventos científicos. Nessas publicações seu nome, o da criança ou de outras pessoas participantes não serão mencionados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Não há nenhum risco significativo Para a criança ao participar desse estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados poderão, eventualmente, causar-lhe algum desconforto emocional. Caso isso aconteça, a criança será atendida por mim na Clínica Escola, caso seja da sua vontade. Ao participar desta pesquisa o (a) senhor (a) e a criança não terão nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações sobre o tema abordado de forma que o conhecimento que será construído possa contribuir para várias práticas profissionais.

O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta meus contatos para que possa me procurar em caso de qualquer dúvida ou desconforto suscitado pela pesquisa.

Agradecemos desde já por sua confiança e colaboração.

Atenciosamente,

Carine Antonia Kremer

CRP 20/5035

Eu, _____ RG
nº _____, declaro ter lido e compreendido os termos do documento e, após, estar completamente esclarecido (a) declaro concordar com a participação na pesquisa da criança sob minha responsabilidade e não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto, bem como autorizo a publicação, conforme os termos mencionados acima. Declaro, também, ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local, ____/____/____.

Nome da criança: _____

Nome do (a) colaborador (a): _____

Assinatura do colaborador: _____

Assinatura da pesquisadora: _____